

DIALOG MOTYWUJĄCY

**PRACA Z OSOBAMI
UZALEŻNIONYMI BEHAWIORALNIE**

DIALOG MOTYWUJĄCY

PRACA Z OSOBAMI
UZALEŻNIONYMI BEHAWIORALNIE



Redakcja naukowa

Jadwiga M. Jaraczewska

Małgorzata Adamczyk-Zientara

Recenzja naukowa: dr hab. prof. UŁ Jan Chodkiewicz
mgr Joanna Dudek

Tłumaczenia: Magdalena Połec, Aleksandra Wilkin-Day, Anna Połec

Redaktor prowadzący: Joanna Karpowicz

Redakcja i korekta: Janina Wunderlich

Projekt okładki: Artur Paluszyński

Skład i łamanie: Jakub Karpowicz

© Ministerstwo Zdrowia, 2015
Wszelkie prawa zastrzeżone

Warszawa 2015
wydanie pierwsze

Publikacja współfinansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania
Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

Współpraca wydawnicza: Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej

Druk i oprawa: Fabryka Druku, ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 6,
01-943 Warszawa

ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury
ul. Zwierzyniecka 8A/21, 00-719 Warszawa
tel. (22) 840 84 60, 608 444 949
e-mail: redakcja@eneteia.pl
www.eneteia.pl
księgarnia internetowa: sklep.eneteia.pl

ISBN 978-83-61538-76-9

Nakład 1000 egz.

Egzemplarz bezpłatny

Spis treści

Wstęp	7
1. O budzeniu nadziei i przywracaniu dialogu w procesie zdrowienia – Jacek Wciórka.....	15
2. Terapia uzależnień – proces ewolucji i oddawania władzy – William R. Miller.....	31
3. Uzależnienia behawioralne – Magdalena Rowicka	53
4. Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych – Stephen R. Andrew.....	73
5. Ocena trafności stosowania dialogu motywującego. Superwizja, szkolenia i badania naukowe – Denise Ernst, Anna Derwich, Jadwiga M. Jaraczewska, Beata Kita, Magdalena Połec.....	97
6. Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych. Badania naukowe i wskazówki praktyczne – Jadwiga M. Jaraczewska, Małgorzata Adamczyk-Zientara, Jarosław Banaszak	117
7. Odpowiedzialna polityka hazardowa. Zastosowania DM w profilaktyce i terapii uzależnienia od hazardu – Rik Bes	153

8. Terapia osób, których zachowania seksualne krzywdzą innych. Motywacja, ustalanie celów, model dobrego życia –	
David S. Prescott.....	171
9. Zastosowanie dialogu motywującego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami –	
Rachel Green	199
10. Zastosowanie dialogu motywującego w pracy grupowej –	
Tom Barth.....	219
11. Dialog motywujący w Polsce – Małgorzata	
Adamczyk-Zientara, Jadwiga M. Jaraczewska.....	239
Noty o Autorach	253

Wstęp

Niniejszą publikację adresujemy do Czytelników, którzy chcieliby zapoznać się z dialogiem motywującym (DM), a także do tych, którym to podejście nie jest obce, lecz pragną pogłębienia wiedzy na temat możliwości jego zastosowania w obszarze uzależnień behawioralnych, zarówno w profilaktyce, jak i terapii. Dialog motywujący powstał jako metoda pracy nad zmianą u osób uzależnionych od alkoholu. Jak pokazały wyniki setek badań przeprowadzonych przez ponad trzydzieści lat jej stosowania – metoda skuteczna.

Stopniowo, wraz z rozwojem dialogu motywującego, poszerzał się również zakres jego zastosowania. Obecnie wykorzystuje się go w terapii osób uzależnionych, w tym uzależnionych behawioralnie, oraz w psychoterapii, pomocy społecznej, resocjalizacji, medycynie, edukacji i wielu innych dziedzinach. Dowodem na wzrastające znaczenie tej metody w pracy z osobami uzależnionymi może być fakt, że The National Center for Responsible Gaming (NCRG) (amerykańskie Narodowe Centrum Odpowiedzialnego Hazardu), czyli główna organizacja zajmująca się badaniami przyczyn oraz efektywnych metod terapii osób uzależnionych od hazardu, organizuje szkolenia z zastosowania dialogu motywującego (zob. s. 126).

Ponieważ publikacja ta przeznaczona jest zarówno dla terapeutów, jak i dla osób spoza tego kręgu, konieczne jest wyjaśnienie stosowanego nazewnictwa. Najczęściej używamy określenia „specjalista” do opisu osoby, która posiada gruntowną wiedzę i umiejętności z zakresu dialogu motywującego, lub „terapeuta motywujący”, czyli osoba, która posiada certyfikat Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM) potwierdzający odbycie gruntownego szkolenia. Inną ważną kwestią dotyczącą słownictwa jest fakt nazywania przez nas osób będących odbiorcami pomocy „osobami z problemem uzależnienia” lub „osobami uzależnionymi” zamiast etykietowania: „alkoholik” „zakupoholiczka”, „hazardzista”, „seksoholik”. Wynika to bezpośrednio z wywodzącego się z dialogu motywującego partnerskiego i opartego na szacunku i podmiotowości sposobu traktowania tych, którym pomagamy. Na podobnej zasadzie stosujemy także słowo „klient” zamiast „pacjent”, co podkreśla nie tylko rezygnację z paternalistycznego stosunku do tych osób, ale jest również wyrazem odchodzenia w terapii uzależnień od biomedycznego podejścia, traktującego uzależnienie jako chorobę, którą należy leczyć u biernego pacjenta. Żeby podkreślić aktywny udział osób uzależnionych we wprowadzaniu zmiany, stosujemy słowo „terapia” zamiast „leczenie” uzależnień.

Istotne jest również podkreślenie, że choć w poszczególnych tekstach składających się na tę książkę opisywane są konkretne przykłady uzależnień behawioralnych, to treści, które prezentujemy, odnoszą się do wszystkich rodzajów zaburzeń związanych z uzależnieniami behawioralnymi.

Chcemy podkreślić, że naszym zamysłem – i powołujemy się tu na autorytet Williama Millera, który wzywa do tego w swoim tekście – jest również to, by zachęcać do pracy z osobami uzależnionymi nie tylko terapeutów, ale każdego profesjonalistę z szeroko pojętego obszaru pomocy, który

na swojej drodze zetknie się z takim problemem u swoich klientów czy pacjentów.

Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, które zaangażowało się w przygotowanie tej pozycji, od wielu lat zajmuje się propagowaniem w Polsce wiedzy i umiejętności z zakresu dialogu motywującego, angażując do współpracy specjalistów z Polski i z zagranicy, organizując konferencje naukowe i szkolenia. Większość tekstów zamieszczonych w niniejszej publikacji powstała jako rozwinięcie wystąpień wybitnych światowych specjalistów dialogu motywującego oraz osób, którym bliskie jest to podejście, na jednej z konferencji naukowych zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej.

Otwiera książkę tekst Profesora Jacka Wciórki *O budzeniu nadziei i przywracaniu dialogu w procesie zdrowia*. Choć nie odnosi się on *stricte* do dialogu motywującego, nie jest przypadkiem, że Profesor został zaproszony do współtworzenia tej książki. W swoim tekście – pozornie dotyczącym wyłącznie kryzysów psychotycznych – zwraca uwagę na szereg kwestii mających podstawowe znaczenie w kontakcie z człowiekiem znajdującym się w poważnym życiowym kryzysie. Wszelkiego rodzaju uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne, stanowią dla ludzi niezwykle skomplikowaną sytuację kryzysową. Poważną i najczęściej długotrwałą. Czasem będącą kryzysem życia. Często odbierającą nadzieję na to, że zmiana jest w ogóle możliwa.

Profesor Wciórka mówi o ciągle jeszcze pokutujących stereotypowych uprzedzeniach wobec osób cierpiących psychicznie, jakże częstych w przypadku ludzi zmagających się z problemem uzależnienia. Bardzo obrazowo przedstawia też sposoby unikania pułapek, w jakie my, profesjonaliści, wpadamy, między innymi pułapki obwiniania czy pułapki etykietowania.

Kiedy osobę zwracającą się o pomoc potraktujemy głównie w kategoriach diagnozy i dysfunkcji, zostanie ona – jak mówi Profesor – zredukowana do bardzo schematycznej, uproszczonej, uprzedmiotowionej rzeczywistości. To jakby człowiekowi cierpiącemu wyznaczana zostawała rola bierna, „ograniczona do respektowania zaleceń, wymogów kuracji, standardów czy technik terapeutycznych albo innych decyzji kompetentnego specjalisty”. Z kolei podmiotowe potraktowanie osoby z problemem odnosi daną sytuację do osobistego doświadczenia. Wyznacza też kierunek pracy specjalisty. Zamiast koncentrowania się na zachowaniu stanowiącym problem, uwaga skupia się na cierpiącym człowieku i wzmocnieniu jego celów, jego systemu aksjologicznego, jego poczucia własnej wartości. W takiej sytuacji terapeuta odgrywa rolę ważną, ale w swej istocie wtórną, pomocniczą.

Tekst Profesora Wciórki, klinicysty z ogromnym doświadczeniem w pracy z ludźmi znajdującymi się w najcięższych stanach psychicznych, oddaje głębię nie tylko problemu kryzysu psychotycznego, ale i problemu uzależnień. Ukazuje też, że warto i należy pracować z takimi osobami nad poszukiwaniem nadziei i budzeniem w nich wiary w siebie i we własne możliwości oraz poczucia pewności, że zmiana jest możliwa. Takie przekonanie stanowi istotę ducha dialogu motywującego.

Autorem drugiego w kolejności tekstu, pt. *Terapia uzależnień – proces ewolucji i oddawania władzy*, jest Profesor William R. Miller, twórca dialogu motywującego. Według rankingu prestiżowego Instytutu Filadelfijskiego to jeden z najczęściej cytowanych naukowców na świecie. Prezentuje on historię zmian w podejściu do osób z problemem uzależnienia na przykładzie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Jego refleksje są uniwersalne w odniesieniu do problemów uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych.

Stanowią przykład sposobu rozumienia i traktowania osób z podobnymi trudnościami.

Istotną kwestią poruszaną przez Profesora Millera, dotyczącą głównego tematu naszej publikacji, jest wskazówka co do doboru metody terapii. Autor, powołując się na wyniki badań, sugeruje, aby proponując klientom metodę terapii, zaczynać od terapii krótszych, mniej kosztownych, a skutecznych. Dialog motywujący jest właśnie jedną z takich metod. Warto tu zwrócić uwagę, że Profesor Miller w latach osiemdziesiątych XX wieku zainicjował rewolucyjne podejście do terapii osób uzależnionych, w którym podkreśla się rolę motywacji jako klucza do zmiany i stylu pracy klinicysty.

W tekście Magdaleny Rowickiej pt. *Uzależnienia behawioralne* bardziej szczegółowo przedstawiona została problematyka tego rodzaju uzależnień – ich miejsca wśród innych uzależnień, a także aktualnego ich statusu w międzynarodowych klasyfikacjach diagnostycznych zaburzeń. Autorka określa zarówno podobieństwa łączące ten rodzaj uzależnień z uzależnieniami od substancji, jak i specyficzne cechy odróżniające je i uprawomocniające do traktowania ich jako jednej grupy uzależnień od czynności. Wreszcie otrzymamy krótki przegląd rodzajów uzależnień behawioralnych oraz metod terapii, których stosowanie okazało się dotychczas skuteczne.

Następnie przyjrzymy się bardziej szczegółowo metodzie dialogu motywującego, zasadom jego pracy. Ze względu na to, że jest to metoda, która osobom nieznaną jej dobrze wydaje się prosta w prowadzeniu, gdy tymczasem wymaga ona uważności i jest czuła na niuanse, poświęcamy więcej uwagi kwestii uczenia się jej, podkreślamy rolę certyfikacji i superwizji.

Tekst Stephena R. Andrew *Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych*, będący swego rodzaju krótkim

przewodnikiem po metodzie, przybliży nam szczegółowe zasady DM i umiejętności, które są w jego stosowaniu niezbędne. Autor posłużył się tu konkretnymi przykładami wypowiedzi klientów, które mogą być pomocne w ocenie ich gotowości do zmiany niekorzystnych zachowań, a także udziela wskazówek dotyczących tego, w jaki sposób my, profesjonaliści, możemy z klientem rozmawiać, i co robić, aby tę zmianę „wydobywać” od osoby, której pomagamy.

Tekst *Ocena trafności stosowania dialogu motywującego. Superwizja, szkolenia i badania naukowe* autorstwa Denise Ernst z USA oraz kilku polskich certyfikowanych terapeutek motywujących dotyczy głównie skali Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI), która jest narzędziem stosowanym do oceny specyficznych umiejętności klinicznych i spójności prowadzonej pracy z zasadami i duchem dialogu motywującego. Omówiono tu nie tylko samo narzędzie i jego polską adaptację, ale także przedstawiono możliwości jego zastosowania – zarówno podczas szkoleń, jak i superwizji – jako narzędzia oceny pomagającego w doskonaleniu warsztatu DM.

Kolejne teksty poświęcone są praktycznemu zastosowaniu dialogu motywującego w dziedzinie uzależnień behawioralnych w ogóle i w specyficznych ich rodzajach.

W rozdziale polskich autorów Jadwigi M. Jaraczewskiej, Małgorzaty Adamczyk-Zientary i Jarosława Banaszaka pt. *Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych. Badania naukowe i wskazówki praktyczne* omówiono nie tylko wyniki badań naukowych w zakresie skuteczności zastosowania dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych, które pokazują zasadność wprowadzenia tej metody w naszym kraju, ale przedstawiono możliwości jej zastosowania na przykładach z praktyki klinicznej autorów.

Tekst autorstwa Rika Besa *Odpowiedzialna polityka hazardowa. Zastosowania DM w profilaktyce i terapii uzależnienia*

od hazardu wprowadza Czytelników bardziej szczegółowo w specyfikę problemu uzależnienia od hazardu. Rik Besnaświetla, jak stopniowo zmieniało się podejście do uzależnienia od hazardu oraz jak rozwijały się metody terapii na przykładzie Holandii. Ciekawy jest niekonwencjonalny sposób organizowania profilaktyki, obejmujący systematyczne szkolenia dla pracowników kasyn.

Tekst Davida S. Prescottta pt. *Terapia osób, których zachowania seksualne krzywdzą innych. Motywacja, ustalanie celów, model dobrego życia* dotyczy pracy z osobami stosującymi przemoc seksualną. Autor przypomina, że uzależnienia behawioralne, na przykład od seksu, mogą czasem objawiać się w skrajnej postaci i prowadzić do przemocy. Pokazuje, że nawet z takimi trudnymi klientami można – a nawet należy – pracować metodą dialogu motywującego i ilustruje tę tezę w przekonujący sposób. Sugeruje nastawienie na szukanie i wzmacnianie wartości w człowieku zamiast na karanie sprawców.

Rachel Green w tekście *Zastosowanie dialogu motywującego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami* opisuje wykorzystanie dialogu motywującego w profilaktyce i terapii wszędzie tam, gdzie osoby z różnymi uzależnieniami (w tym również behawioralnymi) możemy spotykać w codziennej pracy. Często bowiem zaburzenia psychiczne i uzależnienia współwystępują u osób potrzebujących pomocy.

Ze względu na częstą praktykę prowadzenia grupowej terapii uzależnień w Polsce ciekawy dla polskiego Czytelnika może być tekst Toma Bartha pt. *Zastosowanie dialogu motywującego w pracy grupowej*. Barth – jeden z prekursorów stosowania dialogu motywującego w terapii grupowej – dzieli się swoimi doświadczeniami. Wyjaśnia, jakie mogą być korzyści z zastosowania DM, a także na jakie ważne szczegóły należy zwrócić uwagę, by jak najlepiej zasady stworzone do indywidualnej pracy dostosować do grupy.

Książkę zamyka tekst traktujący o wprowadzaniu i propagowaniu dialogu motywującego w Polsce. Skupiamy się w nim głównie na zaprezentowaniu wszechstronnej działalności Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej w tej dziedzinie, choć oczywiście istnieją również inne organizacje czy pojedyncze osoby, które propagują tę metodę w naszym kraju, za co niniejszym im dziękujemy.

*Jadwiga M. Jaraczewska
Małgorzata Adamczyk-Zientara*

O budzeniu nadziei i przywracaniu dialogu w procesie zdrowienia

1

JACEK WCIÓRKA

Poniższy rysunek (ryc. 1) powstawał dwuetapowo. Najpierw prosiłem pacjenta, by na kartce białego papieru narysował lub jakoś zaznaczył siebie, a następnie, by w tę samą kartkę spróbował wrysować swoje wyobrażenie tego osobistego kryzysu, który z perspektywy psychiatry ujmowany jest i traktowany jako choroba (Wciórka, 1986; 1996). Jak widać, w tym przypadku kryzys przyjmuje postać obco brzmiącej, raczej słabo rozumianej nazwy i jest całkowicie oddzielony od wyobrażenia siebie. Tak jakby komunikacja



między nimi nie zaistniała, została zaniechana albo wykluczona, albo wygasła. Rysunek ten zdaje się też dowodzić, że nawet proste natury, doświadczając kryzysu, próbują go ogarniać, stawiając przy tym ważne pytania i udzielając zastanawiających odpowiedzi.

Proponując dziś refleksję nad sposobem pomagania w różnorodnych kryzysach, skupię się

Ryc. 1. Przykład indywidualnej relacji między osobą a doświadczeniem (Próba „Ja – Doświadczenie choroby”)

głównie na kryzysie psychotycznym, tzn. takim kryzysie psychicznym, który ze względu na związane z nim zakłócenie przeżywania i reagowania, cierpienie oraz życiowe konsekwencje traktowany jest zwykle jako szczególnie poważny problem zdrowotny. Termin „kryzys” ma jednak zakres bardziej uniwersalny i myślę, że w przypadku wielu innych, poważnych kryzysów egzystencjalnych, związanych na przykład z uzależnianiem się od substancji czy określonych zachowań albo z problemami neurotycznego rozwoju, nabrać można na podobne tematy do refleksji.

Na kryzys psychotyczny można patrzeć z wielu perspektyw. Tu wybieram dwie, różniące się od siebie w sposób, który ma istotne znaczenie dla jego rozwiązywania. W pierwszej z nich kryzys ujmujemy i traktujemy przedmiotowo, w drugiej – podmiotowo.

Perspektywa przedmiotowa ujmuje i traktuje kryzys psychotyczny jako chorobę psychiczną – jest on wtedy nonsensownym epifenomenem zdarzeń patologicznych, zewnętrznych w stosunku do osoby, która go doświadcza. Choroba jest obiektywizowana w postaci diagnozy, zespołu obserwowalnych objawów czy dysfunkcji i najczęściej redukowana do jakiejś uproszczonej, pozaosobowej rzeczywistości. Taki uprzedmiotowiony byt łatwiej poddać leczeniu, czyli postępowaniu, w którym uwaga leczącego skupia się przede wszystkim na leczonym przedmiocie (chorobie). I wcale nie musi to być ujęcie medyczne, równie łatwo można je dostrzec w różnych doktrynach terapeutycznych, psychoterapeutycznych. Chorującemu podmiotowi tego postępowania wyznaczana jest w tej sytuacji rola wtórna, bierna – ograniczona do respektowania zaleceń, wymogów kuracji, standardów czy technik terapeutycznych albo innych decyzji kompetentnego specjalisty.

Perspektywa podmiotowa odnosi kryzys psychotyczny do osobistego doświadczenia, najczęściej nacechowanego

bezpośrednio odczuwanym przeżyciem cierpienia, złożonym fenomenem wynikającym z zachwiania lub utraty poczucia egzystencjalnej ciągłości (Mayer-Gross, 1920) oraz cech osobowej nienaruszalności (Cassell, 2004). W takim ujęciu uwaga cierpiącego podmiotu, pacjenta skupia się na procesie przywracania zagrożonej ciągłości i nienaruszalności (tj. na procesie zdrowienia, *recovery process*). Pierwzoplanową rolę odgrywają jego własne motyw, zasoby, decyzje i działania. Osoba pomagająca w zdrowieniu odgrywa rolę ważną, czasem kluczową, ale w swej istocie wtórną, pomocniczą.

Te dwie perspektywy nie wykluczają się wzajemnie, potrzebne są obie. Nie ulega jednak wątpliwości, że współcześnie perspektywa przedmiotowa zawładnęła wyobraźnią wielu terapeutów i w praktyce klinicznej niemal dominuje, podczas gdy perspektywa podmiotowa bywa często zaniebdywana lub pomijana, ze szkodą dla efektywności pomocy. Najwyraźniej łatwiej jest leczyć chorobę niż pomagać w zdrowieniu, choć wiele wskazuje na to, że taki wybór jest źródłem wielu niepowodzeń w rozwiązywaniu kryzysów psychotycznych. Spróbujmy więc przybliżyć tę drugą perspektywę.

Czym jest cierpienie w kryzysie psychotycznym niełatwo sobie wyobrazić, bywa ukryte, niewyrażone, trudno też je odczytać. Piśmiennictwo fachowe w zasadzie się nim nie zajmuje. Pomocne bywają autobiograficzne refleksje osób, które przezwyciężyły kryzys (por. Deegan, 1988; Lauveng, 2008). Moje doświadczenie klinicysty sugeruje znaczenie kilku wymiarów kryzysu psychotycznego, które sprowadzają i podtrzymują cierpienie. Spróbuję je krótko przedstawić, dla pobudzenia wyobraźni ilustrując ich koloryt przenikliwymi obrazami Witolda Wojtkiewicza (1879–1909).

Cierpienie związane z kryzysem tożsamości wiąże się z groźbą zatracania dotychczasowej tożsamości na rzecz

innej, często nieaprobowanej, bo zniekształcającej ważne atrybuty osobowe, decydujące o poczuciu autonomii czy swobody – jak w przypadku tych dwóch postaci sprzęgniętych podczas dziwnego spaceru poza murami, oddzielonych od świata, wiedzionych albo wiodących gdzieś, nie bardzo wiadomo dokąd (fot. 1).

Zastygły w niepewności pośrodku bajora chłopiec w śmiesznej czapce z dzwonkami może ilustrować cierpienie wyrastające z kryzysu sensu – z obezwładniającego poczucia zatracania znaczenia własnej egzystencji, przestoju, огоłocenia z tego, co dotąd nadawało jej ożywiający sens – wartość, kierunek i cel (fot. 2).

Cierpienie związane z kryzysem sprawczości wiąże się z dojmującym poczuciem niemocy, zatracania wpływu na bieg własnych działań i przeżyć, odpowiedzialności za siebie, przejmowanej przez obce intencje lub instytucje. Jak w przypadku tańczących marionetek (fot. 3) poddanych woli sił i osób pociągających za sznurki spoza dostrzegalnej sceny – tajemniczych, groźnych i władczych.

Wreszcie, niejako w podsumowaniu i konsekwencji powyższych, wskażmy na cierpienie spowodowane kryzysem nadziei, to jest wszechogarniającym zwątpieniem połączonym z zanikaniem wyobrażenia przyszłości, spowolnieniem czasu i zacieśnianiem się przestrzeni, oraz stagnacją – zanurzeniem w nieaprobowanej, bezsensownej, obezwładniającej wegetacji, odczuwanej jako nieunikniona i schyłkowa (fot. 4).

Cierpieniu niemal zawsze towarzyszy przeciwstawiający mu się proces zdrowienia – zachowywania, mobilizowania, uruchamiania lub rozwijania osobowych zasobów służących przezwyciężaniu kryzysu. Czasem niemal zanikły, przysypany zwątpieniem, ale chyba zawsze obecny i w ostatnich dekadach jakby śmielej ujawniany w tekstach biograficznych i na nowo odkrywany w opracowaniach

Fot. 1. Witold Wojtkiewicz, *Za murem / Przechadzka w zaprzęgu*

Fot. 2. Witold Wojtkiewicz, *Zjawisko / Bajka*

Fot. 3. Witold Wojtkiewicz, *Marionetki*

Fot. 4. Witold Wojtkiewicz, *Wegetacja / Emeryci*

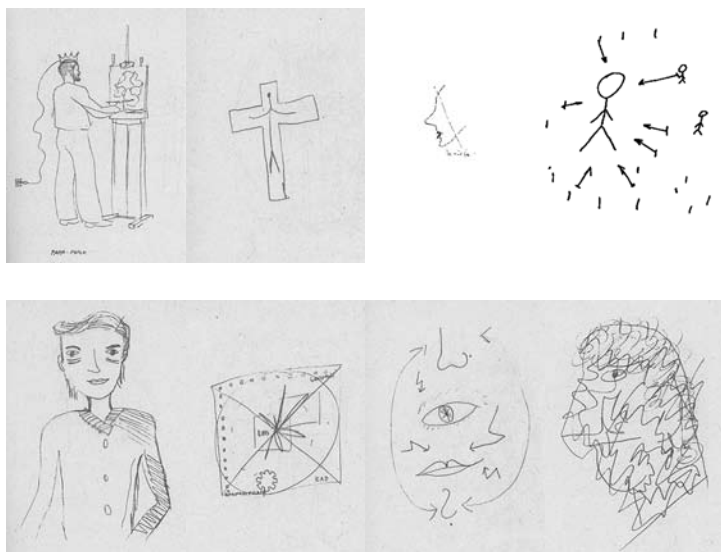
klinicznych (Amering, Schmolke, 2012). Proces bez wątpienia trudny, wymagający czasu i wysiłku, czasem intensywnego wspierania i pomocy, zwykle przebiegający nieliniowo, z okresami przyptywów i odpływów, bez zdecydowanej wstępnej trajektorii, ale niosący nadzieję odsunięcia czy obezwładnienia katastroficznych przewidywań oraz narzucających się i narzucanych poznawczych szablonów porażki. Za kluczowe dla jego powodzenia uważane jest budzenie i rozwijanie indywidualnych zasobów i decyzji (*personal recovery*), podejmowane w pomocnym środowisku terapeutycznym (por. Slade, 2009).

Na podstawie analizy tekstów autobiograficznych i wywiadów z pacjentami autorzy australijscy (Andresen, Oades, Caputi, 2011) wskazali na cztery zasadnicze procesy kształtujące szanse psychicznego zdrowienia (*psychological recovery*), polegające na odzyskiwaniu nadziei, autentycznej tożsamości, sensu życia i odpowiedzialności za jego bieg. Mimo różnorodności dróg, po jakich toczy się proces zdrowienia, autorzy dostrzegają w nim kilka możliwych etapów: od stanu pełnego „zawieszenia” w ostrej fazie kryzysu, przez stopniowe „uświadamianie” sobie ciężących konsekwencji i wyzwań oraz poprzez „przygotowywanie” warunków zmiany, do „przebudowy” postaw i strategii życiowych, a nawet do osobowego rozwoju, „wzrastania”.

W jakimś stopniu te złożone relacje między cierpieniem a zdrowieniem ilustrują kolejne rysunki (ryc. 2), przedstawiające je w sposób bardzo różny – konkretny, symboliczny, czasem jakby ukryty albo abstrakcyjny – ale niezwykle wymowny i ukazujący dość czytelne oczekiwania i wskazówki, oczywiście jeśli ktoś chce je zobaczyć i na nie odpowiedzieć.

Jeżeli szukać tego, co w psychotycznym kryzysie stanowi zasadnicze wyzwanie dla zdrowienia, to nasuwają się co najmniej trzy odpowiedzi. Pierwsza wskazuje na samo wspomniane już dotkliwe cierpienie. Druga – na

wyobcowującą świadomość, a potem pamięć przeżyć psychotycznych, co wynika nie tylko z poczucia niezrozumienia i dystansu wobec tego cierpienia ze strony innych ludzi – bliskich i niebliskich, ale także z ulegania różnym narzucającym się, niezwykajnym lub „szalonym” próbom kompensacji zagrożeń osobowych, wobec których cierpiąca osoba pozostaje bezradna i, niestety, najczęściej osamotniona. Trzecia odpowiedź zwraca uwagę na demobilizujące oddziaływanie napiętnowania, jakim reaguje otoczenie, a także samonapiętnowania, powodowanego własnymi, wdrukowanymi w toku wychowania stereotypowymi uprzedzeniami wobec osób cierpiących psychicznie. Wszystkie one mogą prowadzić – i z reguły prowadzą – do głębokiego zwątpienia, a w konsekwencji – do wygasania nadziei i dialogu. Wygasanie nadziei przejawia się rozpaczą, rezygnacją, biernością, stagnacją.



Ryc. 2. Przykłady indywidualnych relacji między osobą a doświadczeniem psychotycznym (rysunki różnych osób cierpiących wykonane w próbie „Ja – Doświadczenie choroby”)

Wygasanie dialogu z otoczeniem sprawia, że człowiek milknie, wycofuje się, pogrąża w osamotnieniu i izolacji.

W ostrej fazie kryzysu psychotycznego podmiotowo zorientowana pomoc w zdrowieniu skupia się z konieczności na eliminowaniu psychotycznych objawów, ale nie może, nie powinna pomijać chronienia nadziei oraz podtrzymywania dialogu. Niestety, realia psychiatrii, jej język, instrumentarium, instytucje i nawyki profesjonalne tej ochrony nie ułatwiają, wymagają uwagi i wysiłku; dobrze, gdy nie ranią albo nie dobijają gasnącej nadziei i nie blokują niknącego dialogu. Po opanowaniu ostrego kryzysu wymagania wobec pomocy w zdrowieniu nie słabną, lecz potęgują się. Ustępujące objawy trzeba redefiniować i reinterpretować w perspektywie przypominanych i ujawnianych zdrowych zasobów osobowych, tak by z jednostronnej wizji życia w chorobie czy z chorobą, przenosić się do życia mimo niej, obok albo nawet poza nią. Trzeba szczepić, budzić, rozwijać nadzieję i przywracać dialog. Tym ostatnim dwóm zadaniom chciałbym teraz poświęcić trochę więcej uwagi.

Pierwsze zadanie wiąże się z przywracaniem nadziei. Temat nadziei w kontekście klinicznym, a zwłaszcza w odniesieniu do kryzysu psychotycznego, pojawia się raczej rzadko (por. Wciórka, 2007). Częściej piszą o niej pielęgniarki, a zwłaszcza ci, którym różnorodne sytuacje graniczne ujawniły jej znaczenie. Zwykle bowiem dopiero konfrontacja ze słabością, ograniczeniami, bezradnością czy przeszkodami rodzi takie doświadczenie i skłania do zainteresowania. Szczęśliwi o nadziei nie myślą, za jej akuszera uchodzą cierpienie. W medycynie nadzieja pojawia się najczęściej w kontekście negatywnym, jej zatracanie traktowane jest jako objaw choroby. Lecz znaczenie nadziei wykracza poza taki minimalistyczny zakres. W literaturze filozoficznej, religijnej, etycznej i biograficznej podkreślane są zwłaszcza: jej zakorzenienie w wyborze wartości (wymiar aksjologiczny),

rola w planie życiowym (wymiar egzystencjalny), związek z wolnością przemieszczania się (wymiar przestrzenny) i orientacja w przyszłość (wymiar czasowy). Próby uczonnej refleksji podkreślały rolę optymistycznego celu (aspekt emocjonalny), przemyślanego planu (aspekt poznawczy) i cierplivej realizacji (aspekt intencjonalny). Jednak poza „szkiełkiem i okiem” nie bez znaczenia w ujmowaniu nadziei są jej konotacje duchowe – gotowość do refleksji, zachowanie morale, odwaga wiary. Przytoczony tu „elementarz nadziei” (patrz ramka) jest propozycją przeniesienia tych ogólnych refleksji i wskazówek na grunt codziennego doświadczenia osób cierpiących z powodu kryzysu psychicznego, ale i tych osób, które chcą im pomagać.

Elementarz nadziei

- Wybierz nadzieję, a jeśli tymczasem nie możesz lub nie potrafisz – znajdź kogoś, kto ci pomoże przenieść ją w lepszy czas (jestem wart nadziei)
- nie rezygnuj z innych ludzi (nie jestem sam, ktoś we mnie wierzy, mogę na kogoś liczyć)
- próbuj choćby małych kroków i samodzielności (jednak coś mogę, coś zależy ode mnie)
- zapewnij sobie właściwe leczenie (pomoc jest możliwa)
- nie rezygnuj z pomocnej wiedzy (warto wiedzieć)
- pamiętaj, że są osoby, które pomyślnie zdrowieją lub wyzdrowiały (teraz ja!)
- szukaj własnych celów, wartości, sensu życia (mam po co żyć)
- docenij siebie (jestem sobą – nie chorobą).

Drugie zadanie wiąże się z przywracaniem dialogu. Patrząc na dialog szerzej, w szerszej perspektywie pomagania, dostrzegamy, że najpierw wymaga on spotkania, bo tylko wtedy możliwe staje się przekazywanie między stronami niezbędnych informacji, nawiązanie rozmowy, a w końcu

i głębsza więź – służąca porozumieniu, zrozumieniu i szukaniu rozwiązań. Bez nich – bez spotkania, rozmowy i więzi – wsparcie i pomoc w zdrowieniu nie mogłyby zaistnieć. Dialog może się toczyć w dwóch wymiarach. Łatwiej dostrzegalny, interpersonalny dialog zewnętrzny tworzy cierpiącemu warunki do porozumiewania się z innymi osobami, pojedynczo lub w grupie, między „ja” a „ty”, „my”, „wy” albo „oni”. Niemniej ważny jednak, choć trudniej dostrzegalny, dialog intrapersonalny toczy się w wewnętrznej przestrzeni osobowej, między różnymi instancjami psychicznymi, które konstruuje lub „odkrywa” niestrudzona psychologia. Inaczej mówiąc, między sobą a sobą w różnych rolach lub odsłonach. Także między tymi dwoma wymiarami toczyć się może rodzaj „transgranicznego” dialogu, proces doświadczania i wymiany doświadczeń, a także metarefleksji. W odniesieniu do dialogów ustanawianych w następstwie kryzysów psychotycznych wielu klinicystów podkreśla, by dialog prowadzony był bez założeń i rutyny, by był realny, żywy i cierpliwy.

Dialogiczność, jako warunek pomagania w kryzysach psychotycznych, nie jest niczym nowym, przeciwnie – jest to zasada tak stara jak stare są ludzkie kryzysy i woła pomagania w ich rozwiązywaniu. Tak się jednak złożyło, że myśl i praktyka psychiatryczna od wielu lat urzeczona była poszukiwaniem niezawodnych formuł leczenia, redukujących pomaganie do prostej eliminacji objawów, żywiąc przekonanie, że leczenie (np. „niezrównoważenia neurotransmisji”) wystarczy do przezwyciężenia kryzysu, bez uciążliwych zabiegów angażujących podmiotowość chorujących. W ostatnich dekadach znaczenie zasady dialogiczności w rozwiązywaniu kryzysów psychotycznych (ale nie tylko takich) przypomniano w kilku propozycjach pomocnego dialogu, które powoli przywracają dialogowaniu należne miejsce. Jedna z nich nawiązuje do dialogu wewnątrzosobowego, druga – do dialogu w sieci społecznej.

Koncepcja dialogowego „ja” Hermansa (por. Chrzczonowicz, 2011; 2012) zakłada, że osobowe „ja” nie jest zwartym monolitem, lecz raczej polifonią różniących się, rywalizujących lub współpracujących odsłón (ról, masek), między którymi toczy się żywy dialog. W odniesieniu klinicznym taka koncepcja zakłada, że „ja” osoby zdrowej dysponuje taką liczbą i rodzajem komunikujących się między sobą odsłón (pozycji, subosobowości), która pozwala jej na elastyczną adaptację do zmieniających się warunków rozwojowych i sytuacyjnych. W warunkach sprzyjających kryzysom psychotycznym ta funkcjonalna organizacja dialogowego „ja” ulegałaby zakłóceniu – zubożeniu („ja” ubogie), chaosowi („ja” kakofoniczne) czy tendencyjności („ja” monologowe). „Ja” nie tyle ulega destrukcji, co traci funkcjonalność. Takie ujęcie otwiera pole do pomagania w zdrowieniu poprzez wspomaganie procesu przywracania równowagi i współdziałania między pozycjami „ja” (Lysaker, Lysaker, 2008).

Pomocne jest też podejście zakładające „otwarty dialog”, terapeutyczna propozycja autorów fińskich (Seikkula et al., 2009), postulująca pomaganie w kryzysach psychicznych poprzez jak najwcześniejszą reakcję na kryzys, polegającą na zaproszeniu osób stanowiących podstawową sieć społeczną cierpiącego i rozpoczęcie rozmowy zmierzającej do szukania wspólnego języka dla doświadczanych trudności oraz akceptowalnych celów i narzędzi ich przezwyciężania. Zarówno wieloletnie doświadczenie kliniczne, jak i dotychczasowe wyniki kontrolowanych badań wskazują, że takie podejście przynosi obiecujące, a nawet zaskakująco dobre rezultaty.

Wreszcie, pomocnym dialogiem jest „dialog motywujący”, zasadniczy temat tej publikacji, który oby jak najszybciej zyskał należne zainteresowanie i upowszechnił się.

A jak budzi się nadzieja i przywracany jest dialog – to odradza się życie, kryzys ma szansę przeminąć. I tym optymistycznym akcentem, zilustrowanym malarską wyobraźnią Witolda Wojtkiewicza (fot. 5) kończę tę krótką refleksję.

Fot. 5. Witold Wojtkiewicz, *Chrystus i dzieci*

BIBLIOGRAFIA

- Amering, M., Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. Das 5. überarbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag.
- Andresen, R., Oades, L.G., Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery. Beyond Mental Illness*. Wiley-Blackwell.
- Cassell, E.J. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Chrzczonowicz, A. (2011). Narracja w psychiatrii: teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(4), 283–289.
- Chrzczonowicz, A. (2012). Narracja a zaburzenia psychotyczne: badania i zastosowanie terapeutyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(1), 43–50.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9(4), 11–19.
- Lauveng, A. (2008). *Byłam po drugiej stronie lustra*. Sopot: Smak Słowa.
- Lysaker, P., Lysaker, J. (2008). *Schizophrenia and the Fate of the Self*. Oxford: Oxford University Press.
- Mayer-Gross, W. (1920). Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenia. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 60, 160–212.
- Seikkula, J. et al. (2009). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wciórka, J. (1986). *Między przyswajaniem a oddalaniem. Postawy chorych wobec przeżywanych zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii (niepublikowana rozprawa habilitacyjna).
- Wciórka, J. (1996). Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 3. Przykłady eksperymentów klinicznych. *Psychiatria Polska*, 30(3), 415–429.
- Wciórka, J. (2007). O nadziei wobec doświadczenia choroby psychicznej. W: M. Anczewska, J. Wciórka (red.), *Umacnianie: nadzieja czy uprzedzenia* (s. 9–44). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

SPIS ILUSTRACJI

Obrazy Witolda Wojtkiewicza (1879–1909)

- Fot. 1.** Witold Wojtkiewicz (malarz), *Za murem / Przechadzka w za-
przeżu*, z cyklu *Obłąd*, 1906, olej; płótno, wym. 46 × 61,5, w zbiorach Muzeum Sztuki w Łodzi 19
- Fot. 2.** Witold Wojtkiewicz (malarz), *Zjawisko / Bajka*, 1908, tempera na płótnie, wym. 64,5 × 75,5 cm, nr inw. VIII – 403, foto: Arkadiusz Podstawka, w zbiorach Muzeum Narodowego we Wrocławiu 19
- Fot. 3.** Witold Wojtkiewicz (malarz), *Marionetki* (Pośrodku tańczą para lalek), 1907 r., olej; płótno, wym. 71,0 × 80,5 [92 × 102 × 7], nr inw. MP 346, foto: Piotr Ligier / Muzeum Narodowe w Warszawie, w zbiorach Muzeum Narodowego w Warszawie 20
- Fot. 4.** Witold Wojtkiewicz (malarz), *Wegetacja* (Dwaj starcy siedzący na zielonej ławce), 1906 r., tempera; płótno, wym. 58 × 73, nr inw. MP 349, foto: Krzysztof Wilczyński / Ligier Studio / Muzeum Narodowe w Warszawie, w zbiorach Muzeum Narodowego w Warszawie 20
- Fot. 5.** Witold Wojtkiewicz (malarz), *Chrystus i dzieci*, z cyklu *Ceremonie VI* (Scena w ogrodzie), 1908 r., olej; płótno, wym. 65 × 70 [76 × 82 × 5], nr inw. MP 355, foto: Krzysztof Wilczyński / Ligier Studio / Muzeum Narodowe w Warszawie, w zbiorach Muzeum Narodowego w Warszawie 27

Terapia uzależnień – proces ewolucji i oddawania władzy

2

WILLIAM R. MILLER

Tekst ten powstał, aby skomentować i podsumować pewne istotne zmiany, jakie nastąpiły w ubiegłym stuleciu w obszarze terapii uzależnień. Odnoszę się głównie do zmian dotyczących terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych* w Stanach Zjednoczonych. W celu zilustrowania tych zmian będę się posługiwał dwoma dosyć szerokimi pojęciami. Pierwsze to „ewolucja” – stałe pojawianie się zmian, które prowadzą do przekształcenia i budowania nowego porządku. Drugie pojęcie to „przekazanie władzy” – opisuje ono pozbycie się odpowiedzialności przez instytucje, odnosi się do swoistej decentralizacji kontroli i sprawstwa oraz przekazania ich w ręce ludzi (klientów). Opisuję tu zmianę podejścia w obszarze uzależnień od substancji, a właściwie od alkoholu, gdyż to właśnie w tej dziedzinie problem uzależnień zaistniał w świadomości profesjonalistów i zwykłych ludzi najwcześniej. Niemniej jednak refleksje, które przedstawiam, można z powodzeniem odnieść do szerszego spektrum uzależnień, w tym również behawioralnych.

* W oryginale profesor Miller stosuje określenie *substance use disorders*, czyli „zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych” (termin wprowadzony w DSM-5), które w polskim przekładzie zastąpiliśmy wcześniejszym, ale wciąż jeszcze stosowanym – i przez to bardziej czytelnym – terminem „uzależnienie od substancji psychoaktywnych” [przyj. red. nauk.].

O powstaniu i upadku prohibicji

Alkohol to jedyna substancja psychoaktywna, która była przedmiotem poprawki, a nawet dwóch poprawek do Konstytucji Stanów Zjednoczonych. Od początku XX wieku narastała społeczna presja, by wprowadzić zakaz spożywania alkoholu etylowego. Początkowo hasło „wstrzemięźliwość” odnosiło się do umiarkowania, jednak kampanie społeczne podkreślały zagrożenia wiążące się ze spożywaniem alkoholu do tego stopnia, że zaczęto go postrzegać jako substancję, która nie może być bezpiecznie zażywana w żadnej ilości, nawet umiarkowanej. „Upojenie alkoholowe” postrzegano jako problem moralny, przykład braku samokontroli, który okrywa człowieka hańbą i zasługuje na karę.

Ruch promujący trzeźwość doprowadził do uchwalenia XVIII poprawki do Konstytucji USA, która zaczęła obowiązywać od 1919 roku, co oznaczało, że produkcja, sprzedaż lub transport „napojów zatruwających” stały się nielegalne. Kampanie społeczne podkreślały, że nieodłącznymi skutkami spożywania alkoholu są choroby psychiczne i śmierć. Przedstawiciele prawa nie nadążali z wymierzaniem kar wynikających z używania alkoholu, a i tak wskaźniki aresztowań za spożywanie alkoholu i inne z tym związane wykroczenia wzrosły znacząco. Mimo to w 1933 roku wprowadzono kolejną poprawkę do konstytucji, która znosiła prohibicję.

Odwołanie tego zakazu wywołało w Stanach poważny dysonans poznawczy. Przez dziesięciolecia trąbiono o tym, że alkohol to trucizna, której nikt nie może bezpiecznie zażywać. I nagle ogłoszono, że jest legalny i może być powszechnie dostępny!

Powstanie amerykańskiego modelu alkoholizmu jako choroby

Myszę, że to nie przypadek, iż ruch Anonimowych Alkoholików (AA) powstał w 1935 roku, deptając po piętach prohibicji. Pomimo że ruch ten nie skupia się na wyjaśnianiu przyczyn alkoholizmu, jego powstanie stanowiło wygodne rozwiązanie dla wspomnianego dysonansu poznawczego, dając podwaliny koncepcji „alkoholizmu jako choroby” (Jellinek, 1960). Koncepcję tę można podsumować w czterech punktach:

1. Alkoholicy są wyraźnie różni od niealkoholików, cierpią na chorobę, która sprawia, że są niezdolni do picia alkoholu z umiarem.
2. Kluczową oznaką alkoholizmu jest utrata kontroli podczas picia. Gdy tylko alkoholik wypije choćby szklanekę, traci nad sobą kontrolę i nie jest w stanie się zatrzymać.
3. Alkoholizm to postępująca i nieodwracalna choroba. Nie można jej wyleczyć.
4. Dlatego jedynym możliwym rozwiązaniem dla alkoholika jest dożywotnia rezygnacja z alkoholu.

Innymi słowy, tylko niektórzy ludzie – alkoholicy – nie są w stanie pić alkoholu bezpiecznie i z umiarem. Co z tego wynika (choć najczęściej pozostaje to niedopowiedziane)? Reszta społeczeństwa może pić bezkarnie. Co więcej, należy zidentyfikować te nieszczęsne indywidua cierpiące na alkoholizm i zakazać im picia. Co zrozumiałe, koncepcja alkoholizmu jako choroby bardzo się spodobała i została podchwyciona przez producentów alkoholu. W ten sposób podkreślali, że sam w sobie alkohol nie stanowi problemu.

Podejście do alkoholizmu jako do choroby miało pozytywny efekt również dla osób uzależnionych, bo proponowało różne formy terapii w miejsce surowych kar.

Model ten umożliwiał również wprowadzenie szczególnego podziału społecznego poprzez, jak to określił socjolog funkcjonalista Talcott Parsons (1951), wprowadzenie „rol chorego”. Ludzie chorzy nie są najczęściej obwiniani o swój stan, są zwolnieni, przynajmniej przez jakiś czas, z wypełniania określonych ról społecznych. Jednak rola ta nakłada również pewne obowiązki. Oczekuje się od osób, które są chore, że przyznają się do swojej choroby, będą starały się wyzdrowieć, uznają, że nie są zdolne samodzielnie pokonać choroby i zgodzą się na dostępne stosowne leczenie.

Ruch Anonimowych Alkoholików zaproponował godną pomoc w czasie, gdy dosłownie żadne leczenie nie było dostępne (White, 1998). Aż do tego momentu niewielu lekarzy zajmowało się kwestią alkoholizmu. Osoby walczące z uzależnieniem od alkoholu otrzymywały wsparcie głównie od kolegów, którzy akurat poradzili sobie z tym problemem. Firmy ubezpieczeniowe odmawiały pokrywania kosztów leczenia osób dotkniętych alkoholizmem. Duch programu AA rozwijał się niezależnie od wyników badań naukowych i osiągnięć sektora zdrowia publicznego, a jednak obecnie możemy korzystać z obszernej literatury naukowej dotyczącej tego ruchu. Wiele badań podkreśla, że udział w ruchu AA wiąże się z co najmniej umiarkowaną efektywnością dalszego utrzymywania trzeźwości (Tonigan, Connors, Miller, 2003). Na podstawie projektu badawczego, którego celem było wielowymiarowe porównanie różnych form terapii, terapia 12 kroków, która czerpała bezpośrednio z założeń ruchu AA, okazała się co najmniej równie skuteczna jak dwa pozostałe współczesne podejścia terapeutyczne* (Project MATCH Research Group, 1997; 1998a).

* Mowa o terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii motywującej, zwanej także terapią wzmacniającą motywację (*motivational enhancement therapy*; MET), które wraz z terapią opartą na filozofii 12 kroków były oceniane w projekcie MATCH [przyp. red. nauk.].

Uzależnienie według amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM)

Aż do 1980 roku według klasyfikacji DSM zarówno alkoholizm, jak i uzależnienie od narkotyków klasyfikowane były jako zaburzenia osobowości, zgodnie z założeniem, że zachowania te potwierdzają głęboko zakorzenione deficyty osobowościowe (American Psychiatric Association, 1952; 1968). Jednak w 1980 roku w DSM-III odrzucono traktowanie „alkoholizmu” jako kryterium diagnostycznego, wynikającego z czegośkolwiek innego poza alkoholem i wprowadzono dwa kryteria odnoszące się do uzależnienia od substancji: „nadużywanie” i „uzależnienie” (American Psychiatric Association, 1980; 1994). Ze względu na brak wystarczającego potwierdzenia naukowego dla jakościowej różnicy między zależnością i nadużywaniem w 2013 roku w DSM-5 uznano uzależnienie od substancji za syndrom, który można opisywać za pomocą różnego natężenia objawów. Zmiany te ilustrują stałe dążenie do odrzucenia pomysłu, że osoby cierpiące z powodu uzależnienia posiadają jakiekolwiek cechy, które wyróżniają je od pozostałych ludzi.

Jak powstał przemysł terapii odwykowych

Gdy alkoholizm zaczęto postrzegać jako chorobę, a nie problem moralny, zaczęło się pojawiać coraz więcej programów terapeutycznych. Programy te w dużym stopniu rozwijały się poza obszarem tradycyjnej opieki zdrowotnej, najczęściej prowadzone przez ludzi, którzy sami wyszli z alkoholizmu i w sposób naturalny współczuli dotkniętym tym problemem. Nie stawiano im żadnych wymagań dotyczących kwalifikacji ani wykształcenia, stąd termin „bez tytułu” lub „paraprofesjonalny” terapeuta. Uznawano, że osobiste doświadczenie, zwłaszcza związane z AA,

daje wystarczające przygotowanie. Przez kilka lat w moim macierzystym stanie Nowy Meksyk istniał nawet wymóg prawny, ustalający, że aby być terapeutą uzależnienia alkoholowego, samemu należało wyjść z uzależnienia.

Typowe programy terapeutyczne zakładały serię wykładów i projekcji filmowych na temat choroby alkoholowej, terapię grupową i uczestniczenie w spotkaniach AA. Ta mieszanka znana jest pod nazwą Model Minnesoty (Cook, 1988a; 1988b). Koszt takiego leczenia prowadzonego przez paraprofesjonalistów był stosunkowo niski, w porównaniu do terapii stosowanych w przypadku innych problemów zdrowotnych. Szczególnie popularne (i dochodowe) były programy stacjonarne (wzorowane na szpitalnych), oferujące miejsce, w którym pacjent przebywał w trakcie leczenia. Ponieważ stosunek agencji ubezpieczeniowych też się zmieniał i zaczęły one pokrywać koszt takiego leczenia, pojawiło się pytanie dotyczące tego, jak długo powinna trwać taka terapia. Ustalono standardową jej długość na 28 dni. Powstały również „wspólnoty terapeutyczne”, adresowane przede wszystkim do osób uzależnionych od narkotyków, w których zalecany pobyt określano na 4 do 6 miesięcy.

Badania pokazywały jednak brak znaczącej różnicy między programami stacjonarnymi a terapią ambulatoryjną, pomimo znacznie wyższych kosztów związanych z tą pierwszą formą terapii (Institute of Medicine, 1990; Miller, Hester, 1986). W latach dziewięćdziesiątych zarówno rząd USA, jak i inne strony zaangażowane w finansowanie leczenia ostrygły w zachwycie nad stacjonarnymi programami leczenia, wybierając mniej kosztowne formy terapii.

Krótkie interwencje

Griffith Edwards i jego współpracownicy (1977) są autorami klasycznego już i kontrowersyjnego badania. Obejmowało

ono stu Brytyjczyków, zdrowych fizycznie i zrównoważonych psychicznie, cierpiących na alkoholizm, którzy zostali losowo przydzieleni do dwóch grup. Pierwszą objęto intensywnym programem terapeutycznym, drugiej zaproponowano pojedynczą sesję „doradztwa”. Następnie obie grupy zbadano rok i dwa lata po terapii. Nie stwierdzono żadnych różnic w efektach terapii między tymi grupami (Edwards et al., 1977; Orford, Oppenheimer, Edwards, 1976). Dekadę później w Nowej Zelandii przeprowadzono podobne badanie i uzyskano podobne wyniki (Chapman, Huygens, 1988). Zbieżne wyniki osiągnęto w badaniach wielośrodkowych, porównujących krótkie *versus* intensywne formy terapii dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Project MATCH Research Group, 1997; The Marijuana Treatment Project Research Group, 2004; UKATT Research Team, 2005).

Do dnia dzisiejszego zebrano wiele wyników badań potwierdzających skuteczność krótkich, jednosesyjnych interwencji w problemach alkoholowych (Bien, Miller, Tonigan, 1993; Dunn, Deroo, Rivara, 2001; Moyer et al., 2002) i w przypadku zażywania narkotyków (Bernstein et al., 2005; Madras et al., 2009; Magill et al., 2009). Podsumowując, osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych reagują już w wypadku krótkich interwencji, których efekty są często podobne jak w przypadku dłuższych form terapii, co potwierdzają wyniki badań.

Dialog motywujący

Pomysł dialogu motywującego (DM) (Miller, 1983) pojawił się w czasie, gdy w Stanach Zjednoczonych terapia uzależnień miała często charakter autorytarny i konfrontacyjny. Tymczasem dialog motywujący czerpał z założeń terapii skoncentrowanej na kliencie, której twórcą był Carl Rogers (1965; 1980). DM proponował empatyczny sposób

prowadzenia rozmowy, w którym wspierano autonomię klienta i jego zdolność samokierowania. Pomimo że DM z założenia był podejściem krótkoterminowym – najczęściej zakładano jedną do czterech sesji – okazywał się równie skuteczny jak dłuższe formy terapii dla osób uzależnionych (Hettema, Steele, Miller, 2005; Project MATCH Research Group, 1997). Wprowadzając DM, stwierdzano, że duży wpływ na skuteczność tego podejścia ma relacja z klientem oparta na współpracy i podkreślano, jak szkodliwe mogą być skutki podejścia konfrontacyjnego (Miller, Rollnick, 1991; White, Miller, 2007).

Te wnioski znajdują potwierdzenie w szerzej opisywanym zjawisku, podkreślającym, że najistotniejszy wpływ na efekty terapii ma relacja między terapeutą a klientem. Przeprowadzono badanie, w którym klienci objęci byli terapią o ściśle określonym, opartym na podręczniku przebiegu. Efekty uzyskiwane przez nich różniły się znacznie, w zależności od tego, jaki terapeuta z nimi pracował (Crits-Christoph et al., 1991; Najavits, Weiss, 1994; Project MATCH Research Group, 1998b). Lepsze wyniki zależały od interpersonalnych umiejętności terapeuty, takich jak trafne okazywanie empatii (Anderson et al., 2009; Miller, Taylor, West, 1980; Valle, 1981). Wiele zależy od osoby prowadzącej terapię i różnice w efektach ze względu na osobę terapeuty są większe niż pomiędzy poszczególnymi metodami terapii.

Dążenie do opierania terapii na wynikach badań

Już od lat pięćdziesiątych XX wieku prowadzone są badania naukowe, których celem jest porównanie skuteczności różnych form terapii (np. Wallerstein, 1956; Wallerstein et al., 1957). Opublikowanych zostało ponad tysiąc badań oceniających skuteczność terapii uzależnienia od alkoholu,

tytoniu i innych substancji psychoaktywnych. Jeszcze do niedawna nie istniał wymóg stosowania tych form terapii lub prewencji, których skuteczność jest potwierdzona naukowo. Specjaliści mogli proponować dowolne podejście terapeutyczne i uzyskiwać wynagrodzenie z tego tytułu z publicznych źródeł.

Jednak szybko zwiększała się potrzeba dostarczenia potwierdzenia skuteczności terapii w wynikach badań naukowych, tak jak to jest wymagane w całej opiece zdrowotnej. W ponad połowie Stanów Zjednoczonych istnieje obecnie wymóg stosowania metod, które mają potwierdzenie w badaniach naukowych, jeśli chce się korzystać ze zwrotów kosztów za stosowanie tych metod. Co interesujące, ruch ten rozpoczął się od sektora terapii uzależnień, następnie zaś obejmował inne sektory opieki zdrowia psychicznego.

Rodzi się pytanie, co oznacza termin „skuteczność potwierdzona badaniami”? Pośród różnych metod objętych badaniami występuje duża różnorodność w jakości wyników, które je potwierdzają (Miller, Wilbourne, 2002; Miller, Wilbourne, Hettema, 2003). Rząd amerykański powołał Narodowy Rejestr Programów i Praktyk opartych na wynikach Badań (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices*, NREPP) w celu stworzenia listy podejść terapeutycznych, których skuteczność choćby w najmniejszym stopniu została potwierdzona w wynikach badań. Poprzeczkę ustawiono dosyć nisko, bo aby znaleźć się na tej liście, wystarczyło zaprezentować jedno badanie stwierdzające pozytywny efekt danej metody, niezależnie od tego, jak wiele badań prezentowało negatywne wyniki na jej temat. W konsekwencji lista NREPP rozrosła się do ponad trzystu „skutecznych” metod terapii (<http://www.nrepp.samhsa.gov/>). Nawet jeśli przyjmiemy bardziej krytyczne standardy oceniające skuteczność na podstawie kontrolowanych badań klinicznych, nadal będziemy mogli wybierać z imponującej listy podejść

opartych na wynikach badań (Miller, Wilbourne, 2002; Miller, Wilbourne, Hettema, 2003).

Czynnikiem, który dodatkowo komplikuje obraz, jest fakt, że brakuje wiarygodnego systemu kontroli jakości (audytu) proponowanych form terapii. Wymagane jest jedynie, by oferujący terapię oświadczyli, że jest ona oparta na wynikach badań (Miller, Meyers, 1995). Kontrola jakości jest trudna, jeśli usługi z zakresu zdrowia behawioralnego* świadczy się za zamkniętymi drzwiami, a do audytu przedstawiane są jedynie opisy przypadków (Miller, 2007).

Farmakoterapia

Poza rozrastającym się sektorem terapii dotyczących zmian zachowania, przeznaczonych dla osób uzależnionych, rozwija się również sektor leczenia farmakologicznego (O'Malley, Kosten, 2006). Szeroko dostępne są substytuty nikotyny, zaś metadon i buprenorfina mają ugruntowane zastosowanie w leczeniu uzależnień od opiatów. Środki takie jak disulfiram, naltrekson i akamprozat mogą być przepisywane w przypadku uzależnienia od alkoholu. Leki psychiatryczne mogą być stosowane w przypadku współwystępujących zaburzeń.

Dobór właściwej terapii do klienta

Jak zdecydować, która z bogatej oferty terapii będzie najlepsza dla danej osoby? Projekt MATCH, największe badanie dotyczące terapii w przypadku uzależnienia od alkoholu, jakie kiedykolwiek zostało przeprowadzone, sprawdził

* Zdrowie behawioralne (*behavioral health*) to interdyscyplinarna dziedzina naukowa i kliniczna, początkowo obejmująca zagadnienia związane z niekorzystnymi zachowaniami zdrowotnymi, obecnie dotycząca również problemów zdrowia psychicznego i uzależnień. W Polsce „zdrowie behawioralne” nie istnieje jako wyodrębniona dziedzina naukowa, częściowo jego zagadnieniami zajmuje się psychologia zdrowia [przyj. red. nauk.].

trzy całkowicie odmienne podejścia i zweryfikował 21 hipotez na temat tego, który z pacjentów poradzi sobie najlepiej w danej formie terapii. Najbardziej uderzającym wnioskiem było to, że praktycznie wszystkie z tych przewidywań okazały się błędne. Specjaliści wybrani spośród wiodących w tej dziedzinie nie byli zdolni przewidzieć, kto najlepiej poradzi sobie w każdym z podejść terapeutycznych objętych badaniem.

Dokąd nas to prowadzi? Mamy do dyspozycji zachęcającą listę podejść o skuteczności potwierdzonej badaniami, a jednak żadne podejście nie jest wystarczająco dobre dla wszystkich. Jeśli chodzi o wybór właściwego leczenia, specjaliści nie radzą sobie lepiej niż sami klienci. Nawet dosyć krótkie interwencje okazują się lepsze niż brak terapii i mogą być wystarczające dla niektórych osób. Duże znaczenie ma to, kto prowadzi terapię oraz jak komunikuje się z klientem.

Integracja z systemem opieki zdrowotnej

Niedawno podjęto w USA starania, by zintegrować system terapii uzależnień z całością systemu opieki zdrowotnej. To poważna zmiana, jako że przez dziesięciolecia większość lekarzy, psychologów i innych specjalistów opieki zdrowotnej traktowała uzależnienia jako „nieleżące w zakresie ich specjalizacji” (Miller, Brown, 1997). W najlepszym przypadku pacjenci byli odsyłani do specjalistycznych programów terapeutycznych, w dużym stopniu izolowanych od systemu opieki zdrowia fizycznego i psychicznego. Wiedzano przy tym, że tylko niewielka grupa skorzysta z takich programów.

Dysponujemy obecnie wspaniałymi narzędziami, pozwalającymi dokonywać szybkich badań przesiewowych w kierunku uzależnień od alkoholu i innych substancji, nawet w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej (Babor, Grant, 1989; WHO ASSIST Working Group, 2002), niektóre z nich wymagają zadania tylko jednego pytania (Fleming, 2002;

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005; Smith et al., 2010; Williams, Vinson, 2001). W ramach Narodowego Instytutu Zdrowia (National Institutes of Health), zarówno wydział zajmujący się alkoholem (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1996; 2005), jak i wydział zajmujący się narkotykami (National Institute on Drug Abuse, 2010) zachęcają do wprowadzenia pytań przesiewowych na temat uzależnień, krótkich interwencji oraz informacji o tym, gdzie szukać pomocy, jako standardowych kroków w podstawowej opiece zdrowotnej (Babor et al., 2007; Bernstein et al., 2007; Madras et al., 2009). Po długim okresie izolacji terapia uzależnień znajduje swoje miejsce w głównym nurcie opieki zdrowotnej.

Wyjątkowy przypadek tytoniu

Istnieje pewna uzależniająca substancja psychoaktywna, w przypadku której historia działań prewencyjnych i leczenia potoczyła się zupełnie inaczej: to tytoń. Ze wszystkich substancji psychoaktywnych dostępnych w Stanach Zjednoczonych tytoń jest substancją o najbardziej zabójczym działaniu dla osób uzależnionych. Jego używanie wiąże się z dużymi kosztami opieki zdrowotnej, wysoką zachorowalnością na inne choroby i śmiertelnością.

Przed 1960 rokiem palenie papierosów było powszechnie akceptowane jako normalne zachowanie w Ameryce. Dramatyczny wzrost popularności palenia nastąpił wraz z II wojną światową, gdy producenci papierosów dostarczali je żołnierzom za darmo. Raport naczelnego lekarza (*The Surgeon General's report*) z 1964 roku był jednak punktem zwrotnym w odniesieniu do palenia tytoniu zarówno w opinii profesjonalistów, jak i społeczeństwa. Dostępne stały się wszelkie formy pomocy wspierające rzucenie palenia, zarówno terapia behawioralna, jak i farmakoterapia.

Towarzyszyły temu systematyczne kampanie informacyjne nawołujące do ograniczenia palenia w całym społeczeństwie. Doprowadziło to do znacznego zmniejszenia rozpowszechnienia tego uzależnienia: w latach sześćdziesiątych połowa społeczeństwa paliła, obecnie tylko 19 procent. Lekarze zadają pytanie o palenie papierosów w trakcie rutynowej wizyty, zaś palacze są stale zachęcani do rzucenia palenia (zarówno poprzez krótkie rozmowy informacyjne, jak i informowanie o dostępnej pomocy).

Pewne aspekty dotyczące prewencji i leczenia w przypadku nikotyny są szczególnie warte podkreślenia, aby uwypuklić kontrast w odniesieniu do tematu niniejszej dyskusji. W Stanach Zjednoczonych:

- Lekarze i inni specjaliści nigdy nie mówili palaczom, że cierpią na chorobę, nie określali ich tym samym jako innych od reszty społeczeństwa i niezdolnych do samodzielnych wprowadzenia zmian.
- Uzależnienie od nikotyny nigdy nie było postrzegane jako zaburzenie osobowości.
- Główny nacisk w leczeniu kładziono na zwiększenie samokontroli człowieka oraz wspierano terapię dostępnymi lekami, w tym substytutami nikotyny.
- Terapia 12 kroków nigdy nie odgrywała znaczącej roli w programach ułatwiających rzucenie palenia, a palenie papierosów było popularne na spotkaniach AA.
- Pomimo że nikotyna bezdyskusyjnie jest substancją silnie uzależniającą, oddziały detoksykacyjne i stacjonarne programy odwykowe nigdy nie były popularne ani postrzegane jako konieczne w przypadku walki z uzależnieniem od nikotyny.
- W strategiach dotyczących zdrowia publicznego to sama substancja (czynnik uzależnienia) była uznawana za element, który należy kontrolować, pomimo że posiadanie, produkcja i sprzedaż papierosów nigdy nie były nielegalne w USA.

Innymi słowy, w Stanach Zjednoczonych system myślenia o i przeciwdziałaniu alkoholowi i innym narkotykom zmierza obecnie do tego, by uzyskać to, co w przypadku tytoniu obecne jest już od dziesięcioleci.

Przekazanie władzy w obszarze terapii uzależnień

W jaki sposób w takim razie odbywa się przekazanie władzy w obszarze terapii uzależnień – przekazanie odpowiedzialności, decentralizacja kontroli i wzmocnienie ludzi walczących z uzależnieniem?

Pierwsza i najbardziej wyraźna zmiana dotyczy włączenia terapii uzależnień w główny nurt opieki zdrowotnej, więc sektor ten przestaje być wyizolowanym, stygmatyzującym gettem opieki zdrowotnej. Tom McLellan zaobserwował, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych to jedyne choroby grożące życiu, które nie są objęte podstawową, a jedynie specjalistyczną opieką zdrowotną. Niewiele jest krajów, w których ta izolacja i rozłączenie są tak głębokie jak w Stanach Zjednoczonych. Włączenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w zakres działania podstawowej opieki zdrowotnej umożliwia wcześniejsze rozpoznanie i zajęcie się problemem, pozwala również unikać stygmatyzacji ludzi, których dotyczy.

Dzięki badaniom nad krótkimi interwencjami i dialogiem motywującym dowiedzieliśmy się, że ludzie mogą wprowadzać samodzielnie istotne zmiany we własnym życiu, i czyniąc to, nie potrzebują przy tym znaczącej pomocy z naszej strony. Większość osób pokonuje uzależnienie samodzielnie, bez formalnej terapii. Znamy to zjawisko już od jakiegoś czasu, obserwując, jak następuje uwolnienie od uzależnienia od papierosów.

Co więcej, przesadziliśmy w ocenie stopnia, w jakim musimy wykonać pracę za naszych klientów. Im więcej uczyliśmy się na temat tego, jak ludzie wprowadzają zmianę, tym bardziej przekonujemy się, że nie jesteśmy ekspertami w kwestii sposobu życia naszych klientów. Niewiele jest obszarów opieki zdrowotnej, które charakteryzował tak autorytarny, konfrontacyjny i pełen gotowych rozwiązań styl, jak amerykański model terapii uzależnień, nawet jeśli uwzględnimy, że dyrektywny styl jest charakterystyczny dla opieki zdrowotnej w ogóle.

Rozsądnym pomysłem w pracy z osobami używającymi substancji psychoaktywnych jest przedstawienie szerokiego wachlarza dostępnych metod i pomoc klientowi w dokonaniu samodzielnego wyboru w oparciu o informacje, których dostarczymy. Podobne postępowanie stosowane jest w leczeniu nowotworów. Oczywiście musimy uwzględnić, że pierwsze z wybranych podejść może okazać się nieskuteczne lub niewystarczająco skuteczne. Informacja, wspierająca w takim wypadku, będzie głosiła „będę ci towarzyszył, aż znajdziemy podejście właściwe dla ciebie”. Jakże inne jest to podejście od założenia, że istnieje „jeden program dobry dla wszystkich”, który wymaga, aby to człowiek się w niego wpasował, do niego dostosował!

Sensowne wydaje się wypróbowywanie krótszych, mniej ingerujących, mniej kosztownych i narzucających opcji w pierwszej kolejności (Sobell, Sobell, 2000). Znowu można zauważyć, że takie podejście „stopniowego pomagania” jest popularne w medycynie. W przypadku osób cierpiących na cukrzycę zaczynamy od wypróbowania diety, monitorowania poziomu glukozy i zwiększenia aktywności. Jeśli to nie wystarczy, przechodzimy do leków podawanych doustnie. A jeśli to wszystko nie zadziała, włączamy insulinę. Badania pokazują, że wiele osób potrzebuje dużo mniej informacji i terapii niż nam się wydaje.

Na koniec, w przeciwieństwie do wielu chorób przewlekłych i w przeciwieństwie do tego, co zwykliśmy sądzić, większość osób skutecznie pokonuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Więc jeśli miałbyś wybrać, na jaką chorobę przewlekłą zachorować, wybierz tę, bo można ją pokonać. Oczywiście ta choroba może się wiązać z poważnymi, nawet zagrażającymi zdrowiu niebezpieczeństwami, zwłaszcza jeśli nie zostanie w porę rozpoznana. Owszem, są ludzie, którzy umierają z powodu swojego uzależnienia, zwłaszcza w przypadku nikotyny. Ale powodem, dla którego zajmuję się uzależnieniami od czterdziestu lat, jest fakt, że efekty pracy w tym obszarze są tak owocne. Można się o tym przekonać, jeśli robi się badania sprawdzające skutki terapii po jakimś czasie i jeśli dąży się do kontaktu z każdą osobą, z którą prowadziliśmy terapię. Okazuje się, że większość ludzi dobrze sobie radzi, stanowczo lepiej, niż zanim rozpoczęli terapię. Porównując to ze skutecznością leczenia w przypadku chorób chronicznych, można dostrzec, że wyniki pracy z osobami cierpiącymi z powodu problemów alkoholowych są bardzo dobre.

W badaniu obejmującym w Stanach Zjednoczonych 8 tysięcy ludzi leczonych w związku z problemami alkoholowymi (Miller, Walters, Bennett, 2001) śmiertelność w ciągu roku wynosiła mniej niż 2 procent. Jedna osoba na cztery utrzymywała abstynencję przez rok, jedna na trzy pozostawała w całkowitej remisji, bez żadnych objawów. To, co mogłoby nam umknąć, to fakt, że pozostałe osoby, które nadal piły – i które ktoś mógłby określić jako te, co odniosły porażkę – zachowywały abstynencję dłużej niż 8 dni na 10, i spożycie alkoholu spadło u nich średnio o 87 procent. Problemy związane z nadużywaniem alkoholu spadły o 60 procent. Takie wyniki uznane byłyby za zachwycające w leczeniu objawów większości chronicznych chorób.

Mój przekaz brzmi więc następująco: jeśli działacie w obszarze opieki zdrowotnej, opieki społecznej lub kuratoryjnej, to praca z osobami z problemem uzależnień jest częścią waszego zadania. Osoby dotknięte uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (a w ostatnich czasach także od czynności) trafiają do tego rodzaju opieki znacznie częściej niż jacykolwiek inni klienci. Oczywiście istnieją specjalistyczne programy pomocy, ale znacznie więcej można uzyskać w ramach rutynowego kontaktu. Samodzielne monitorowanie własnego zachowania i zmiana stylu życia są kluczowym zagadnieniem w pracy z chorobami przewlekłymi i w terapii uzależnień. My nie zajmujemy się ich chorobą; to robią sami klienci. I to jest być może najważniejsza rzecz, jakiej nauczyliśmy się w toku ewolucji i procesu oddawania władzy w obszarze terapii uzależnień.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, T. et al. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755–768.
- Babor, T.F., Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health & Research World*, 13, 371–374.

- Babor, T.F. et al. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7–30.
- Bernstein, J. et al. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 49–59.
- Bernstein, E. et al. (2007). An evidence-based alcohol screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) curriculum for emergency department (ED) providers improves skills and utilization. *Substance Abuse*, 28(4), 79–92.
- Bien, T.H., Miller, W.R., Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315–336.
- Chapman, P.L.H., Huygens, I. (1988). An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6- and 18-month follow-ups. *British Journal of Addiction*, 83, 67–81.
- Cook, C.H. (1988a). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependence: Miracle, method, or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83, 735–748.
- Cook, C.H. (1988b). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method, or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83, 625–634.
- Crits-Christoph, P. et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81–91.
- Dunn, C., Deroo, L., Rivara, F.P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Edwards, G. et al. (1977). Alcoholism: A controlled trial of „treatment” and „advice”. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1004–1031.
- Fleming, M. (2002). Identification and treatment of alcohol use disorders in older adults. W: A.M. Gurnack, R. Atkinson, N.J. Osgood (eds.), *Treating Alcohol and Drug Abuse in the Elderly* (s. 85–108). New York: Springer.
- Hettema, J., Steele, J., Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

- Jellinek, E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Highland Park, NJ: Hillhouse Press.
- Madras, B.K. et al. (2009). Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 280–295.
- Magill, M. et al. (2009). The role of marijuana use in brief motivational intervention with young adult drinkers treated in an emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 409–413.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.
- Miller, W.R. (2007). Bring addiction treatment out of the closet. *Addiction*, 102, 863.
- Miller, W.R., Brown, S.A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52 (1269–1272).
- Miller, W.R., Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, 41, 794–805.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. (1995). Beyond generic criteria: Reflections on life after clinical science wins. *Clinical Science* (Spring), 4–6.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Taylor, C.A., West, J.C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590–601.
- Miller, W.R., Walters, S.T., Bennett, M.E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211–220.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277. Dostępny w Internecie: <10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L., Hetttema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. W: R.K. Hester, W.R. Miller (eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (3rd ed., s. 13–63). Boston, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Moyer, A. et al. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*,

- 97(3), 279–292. Dostępny w Internecie: <10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x>.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89, 679–688.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1996, May 28, 2001). *How to cut down on your drinking*. Dostępny w Internecie: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/handout.htm>>.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Screening for Drug Use in General Medical Settings*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- O'Malley, S.S., Kosten, T.R. (2006). Pharmacotherapy of addictive disorders. W: W.R. Miller, K.M. Carroll (eds.), *Rethinking Substance Abuse: What the Science Shows and What we Should do About it* (s. 240–256). New York: Guilford Press.
- Orford, J., Oppenheimer, E., Edwards, G. (1976). Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 409–418.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- Project MATCH Research Group (1998b). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455–474.
- Rogers, C.R. (1965). *Client-Centered Therapy*. New York: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C.R. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Smith, P.C. et al. (2010). A single question screening test for drug use in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 170(13), 1155–1160.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573–579.

- The Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 455–466.
- Tonigan, J.S., Connors, G.J., Miller, W.R. (2003). Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. W: T.F. Babor, F.K. Del Boca (eds.), *Treatment Matching in Alcoholism* (s. 184–204). Cambridge: Cambridge University Press.
- UKATT Research Team (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 541–544.
- Valle, S.K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783–790.
- Wallerstein, R.S. (1956). Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism: The alcoholism research at Winter V.A. hospital. *American Journal of Psychiatry*, 113, 228–233.
- Wallerstein, R.S. et al. (1957). *Hospital Treatment of Alcoholism: A Comparative Experimental Study*. New York: Basic Books.
- White, W.L. (1998). *Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.
- White, W.L., Miller, W.R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Counselor*, 8(4), 12–30.
- WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screen Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183–1194.
- Williams, R., Vinson, D.C. (2001). Validation of a single screening question for problem drinking. *Journal of Family Practice*, 50, 307–312.

Geneza pojęcia

Terminem „uzależnienia behawioralne” czy „uzależnienia od czynności” (ang. *action addiction*, *behavioural addiction*) określane są zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Do takiej formy zachowań należy zaburzenie uprawiania hazardu (zgodnie z wcześniejszą klasyfikacją DSM-IV hazard patologiczny, American Psychiatric Association, 2013), jak również, choć bez formalnej klasyfikacji, szeroki wachlarz zachowań wykonywanych w sposób kompulsyjny: związanych z Internetem i grami (zaburzenie grania w gry), z zakupami (zaburzenie kompulsyjnego kupowania), z ćwiczeniami (zaburzenie uprawiania ćwiczeń) (APA, 2013), z seksem (zaburzenie uprawiania seksu) czy z pracą (zaburzenie kompulsyjnego pożądanego pracy), ale także zachowania związane ze zdrowym odżywianiem się (ortoreksja) czy z opalaniem (tanoreksja). Tego typu zachowania, mimo że dotyczą czynności regularnych (przystosowawczych), stają się kompulsyjne, co oznacza, że bardzo trudno jest nad nimi zapanować i prowadzą one do negatywnych konsekwencji dla jednostki i jej otoczenia. Celem tych zachowań, wykonywanych w sposób patologiczny, jest nie tyle uzyskanie przyjemności,

co obniżenie negatywnego afektu – złego samopoczucia, obniżonej samooceny, ponurego nastroju.

Kategoria zaburzeń niezwiązanych z przyjmowaniem substancji, którą można utożsamić z uzależnieniami behawioralnymi, została formalnie utworzona w klasyfikacji DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), opublikowanej w maju 2013 roku, co oznacza, że nie była pierwotnie opisana w poprzednich klasyfikacjach DSM ani w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Problemów Zdrowotnych (ang. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD).

Do tej kategorii zostało włączone jedynie zaburzenie uprawiania hazardu, natomiast do tzw. sekcji III, opisującej propozycje zaburzeń, które wymagają dalszych badań, zostało włączone zaburzenie grania w gry komputerowe lub internetowe, ale nie gry hazardowe (American Psychiatric Association, 2013).

Zjawisko uzależnień behawioralnych nie jest nowością w psychiatrii czy psychologii, lecz wprowadzenie tego określenia do terminologii klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-5) świadczy o bardzo ważnej zmianie w konceptualizacji samych zaburzeń (uprawiania hazardu, grania w gry).

Zaburzenie uprawiania hazardu, a zatem jedyne zaburzenie sklasyfikowane w kategorii „uzależnień behawioralnych”, znalazło się, zgodnie z taksonomią przyjętą w DSM-5, w kategorii „zaburzeń używania substancji i nałogów” (ang. *Substance-Related and Addictive Disorders*, DSM-5), w podkategorii „zaburzeń niezwiązanych z substancjami” (ang. *Non-Substance Related Disorders*, DSM-5).

Definicja i kryteria diagnostyczne uzależnień behawioralnych

Mimo iż uzależnienia behawioralne nie stanowią podkategorii szeroko pojętych zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, to

właśnie kompulsyjny charakter zachowania – wraz z modelami poznawczo-behawioralnymi opartymi na relacjach pomiędzy afektem, zachowaniem i procesami poznawczymi – stanowi obecnie główną oś definicyjną tej formy uzależnień. W związku z tym ich definicja i kryteria diagnozowania będą łączyły trzy koncepcje: (1) charakter kompulsyjny zachowań, (2) związek pomiędzy afektem, myślami i zachowaniem, (3) podobieństwo do uzależnień od substancji psychoaktywnych (za: American Psychiatric Association, 2013). Podstawowa definicja uzależnień behawioralnych będzie zatem związana z tak silną potrzebą wykonywania „normalnego” zachowania, że prowadzi to do obniżenia jakości życia. Do „normalnych” zachowań należą zatem praca, seks, zakupy czy ćwiczenia, natomiast uzależnienie pojawia się wraz z utratą kontroli nad nimi i negatywnymi tego konsekwencjami.

W nieco szerszym ujęciu uzależnienia behawioralne można opisać za pomocą sześciu kryteriów diagnostycznych (Griffiths, 2005): (1) zaabsorbowanie danym zachowaniem – zarówno pod względem angażowania się w jego uprawianie, jak i częstych myśli na jego temat; (2) modyfikacja nastroju jako cel angażowania się w dane zachowanie, np. redukcja smutku; (3) wzrost tolerancji rozumiany jako potrzeba wykonywania danej czynności w sposób zintensyfikowany w celu uzyskania zbliżonego poziomu gratyfikacji – obniżenia napięcia lub poprawy samopoczucia; (4) symptomy odstawienne na skutek ograniczonej możliwości wykonywania danego zachowania, przejawiające się głównie w sferze emocjonalnej, behawioralnej i poznawczej, ale także w szczególnych przypadkach w sferze biologicznej (np. bóle głowy); (5) konflikt przejawiający się w obszarze intrapersonalnym (własnych emocji), w relacjach interpersonalnych – konflikty z rodziną, przyjaciółmi i/lub w pracy/szkole i w relacjach z innymi czynnościami (hobby), które poprzednio przynosiły satysfakcję; (6) nawroty.

Uzależnienia behawioralne a inne uzależnienia

Definiując uzależnienia behawioralne, warto przyjrzeć się podobieństwom i różnicom między uzależnieniami od czynności a uzależnieniami od substancji. W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na różnicę przedmiotu uzależnienia – w przypadku uzależnień behawioralnych jest to zachowanie najczęściej stanowiące element zdrowego funkcjonowania jednostki, np. seks czy praca (wyjątek stanowi uprawianie hazardu, które można porównać z zachowaniami ryzykowymi). Zainteresowanie badaczy budzą jednak biochemiczne mechanizmy procesów uzależniania się, a tym samym możliwość wystąpienia takich mechanizmów u osób uzależnionych od czynności. Najczęściej są to mechanizmy związane ze ścieżkami dopaminergicznymi (z układem nagrody) czy serotonergicznymi (z regulacją negatywnego afektu), ale także z adrenaliną czy noradrenaliną (Nestler, 2005). Oznacza to, że zarówno przyjmowanie substancji psychoaktywnych, jak i wykonywanie pewnych czynności, rozumiane jako uzależnienie od nich, mogą modyfikować funkcjonowanie struktur mózgu (w tym neuroprzekazników) (Potenza, 2006).

Ta koncepcja znajduje częściowe potwierdzenie w wynikach badań klinicznych analizujących skuteczność farmakoterapii. Większość badań wskazuje na skuteczność leków z grupy SSRI (selektywnego wychwyty zwrotnego serotoniny), stosowanych głównie w leczeniu depresji (Grant, Potenza, 2006), przy czym jednym z korelatów występowania uzależnień behawioralnych są zaburzenia nastroju (obniżony nastrój czy stany depresyjne). Część wyników badań klinicznych nie potwierdza skuteczności farmakoterapii, w tym leków z grupy SSRI. Przykładowo Donald Black i współpracownicy w swoim badaniu nie uzyskali istotnych różnic pomiędzy grupą, której podano lek, i grupą, której

podano placebo (Black et al., 2000). Niespójne wyniki badań sugerują bardziej złożony model zależności między zaburzeniami nastroju i uzależnieniami behawioralnymi, a skuteczność podejść poznawczo-behawioralnych wskazuje na pośrednią rolę biochemii (Rowicka, w druku).

Kolejną różnicą między omawianymi rodzajami uzależnień jest podejście do abstynencji. Bardzo często w przypadku osób uzależnionych od alkoholu celem terapii jest utrzymanie abstynencji, a tym samym redukcja nawrotów (nawroty są rozumiane jako odstępstwo od abstynencji). Toteż bardzo często można spotkać się ze stwierdzeniem „jestem alkoholikiem pozostającym w trzeźwości od dwudziestu lat”. Takie podejście, zarówno pod względem wymagania całkowitej abstynencji, jak i rozumienia uzależnienia jako choroby, niesie ze sobą pewne konsekwencje: po pierwsze, związane z terminologią – „choroba”, „pacjent”, „leczenie”; po drugie, związane z celem procesu terapeutycznego – utrzymanie całkowitej abstynencji; po trzecie, związane ze stygmatyzowaniem i etykietowaniem, co prowadzi do postrzegania siebie jako osoby chorej*. Z kolei w przypadku uzależnień behawioralnych celem procesu terapeutycznego nie jest abstynencja, a powrót do regularnej formy danego zachowania (wyjątek może stanowić uprawianie hazardu) (Griffiths, 2005). W efekcie koncepcję abstynencji zastępuje koncepcja redukcji szkód.

Implikuje to także pewną zmianę w podejściu do osób wykazujących symptomy uzależnienia od czynności – częściej określa się je mianem „klientów” niż „pacjentów”, którzy decydują się podjąć „terapię”, a nie „leczenie”, podkreśla się rolę motywacji i zniekształceń poznawczych w miejsce

* O odchodzeniu od takiego modelu w terapii uzależnień pisze William Miller (zob. s. 31 i n.). Szersze przedstawienie nowego podejścia do uzależnień można znaleźć w książce autorstwa Williama R. Millera, Alyssy A. Forcehimes i Allena Zwebena (2014) [przyp. red. nauk.].

uwarunkowań biologicznych. Takie podejście do problematyki uzależnień behawioralnych jest inkluzyjne, zwłaszcza w obszarze terapeutycznym i profilaktycznym, co przejawia się obecnie rosnącą popularnością, ale i udowodnioną skutecznością terapii poznawczo-behawioralnych i podejścia opartego na motywacji – dialogu motywującego.

Pozostałe różnice między omawianymi rodzajami uzależnień można opisać na wymiarze konsekwencji (konfliktu) – dla zdrowia (wymiar fizjologiczny), dla relacji (rodzina, przyjaciele, praca), ale także na wymiarze postrzegania społecznego (uzależnienia behawioralne są oceniane jako mniej poważne i jako takie, których terapia nie powinna być refundowana z budżetu państwa) (CBOS, 2012).

Rodzaje uzależnień behawioralnych

Uzależnienia behawioralne można ogólnie opisać za pomocą kryteriów zaczerpniętych z definicji zachowań nałogowych, niemniej każde z nich samo w sobie cechuje się pewną specyfiką – samą formą zachowań czy charakterystyką osób należących do grupy ryzyka.

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 nieadaptacyjne zachowania w zaburzeniu uprawiania hazardu obejmują co najmniej cztery z poniższych objawów, występujących w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy: (1) wzrost zaangażowania; (2) symptomy odstawienne manifestujące się rozdrażnieniem w sytuacji utrudnionej możliwości grania; (3) nieudane próby kontroli lub ograniczenia grania; (4) wzrost zaabsorbowania graniem (myśli o nim, planowanie kolejnych gier); (5) określenie motywacji grania jako nieadaptacyjnego sposobu radzenia sobie z negatywnym nastrojem; (6) próby „odegrania się”; (7) ukrywanie prawdy; (8) negatywne konsekwencje w relacjach z bliskimi, jak również w miejscu pracy lub nauki; (9) poszukiwanie pomocy

finansowej u innych (za: American Psychiatric Association, 2013). Negatywne skutki wynikają z samego angażowania się w dane zachowanie, a także – jako symptomy odstawienne – mogą przejawiać się zarówno w sferze psychicznej i społecznej, jak i fizycznej, np. poprzez bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, problemy z żołądkiem, problemy ze snem. Fizyczne zmęczenie, wynikające z braku snu i silnego pobudzenia podczas grania w gry hazardowe lub w grę online, może prowadzić do reakcji somatycznej – bólu, ale także do zaburzeń nastroju, uwagi czy obniżenia samooceny (Ogińska-Bulik, 2014).

Nie każde angażowanie się w gry hazardowe jest symptomem uzależnienia. Badacze (Currie et al., 2006) różnią trzy rodzaje grania: (1) hazard rekreacyjny, który stanowi jedną z wielu form rozrywki i nie wiąże się z negatywnymi konsekwencjami; (2) hazard problemowy, który przejawia się poprzez pierwsze negatywne konsekwencje (w ujęciu diagnostycznym – spełnienie dwóch lub trzech kryteriów DSM) i (3) hazard patologiczny, który stanowi formę uzależnienia (spełnienie czterech kryteriów DSM).

Zaburzenie uprawiania hazardu rozwija się stopniowo. Koncepcja proponowana przez Illinois Institute for Addiction Recovery opisuje rozwój uzależnienia od hazardu za pomocą czterech faz: zwycięstw, strat, desperacji i utraty nadziei* (za: Woronowicz, 2009). W fazie zwycięstw rozpoczyna się fascynacja grą, pojawiają się marzenia o wielkiej wygranej. Tej fazie towarzyszą pozytywne emocje – gracz odczuwa przyjemność z nowej aktywności, która jednocześnie pozwala mu zapomnieć o problemach. Fascynacja prowadzi do coraz częstszej gry i coraz wyższych zakładów,

* Początkowo koncepcję trzech faz rozwoju uzależnienia od hazardu opisywali Custer i Milt (1986), później uzupełniono ją o fazę ostatnią, utraty nadziei [przyp. red. nauk.].

a w konsekwencji do fazy strat. Gracz przestaje myśleć racjonalnie – kolejne przegrane prowadzą do chęci odegrania się, pojawiają się zniekształcenia poznawcze (np. „prawie trafiony”), zwiększa się zaangażowanie w grę, analizowanie liczb wylosowanych (np. w totalizatorach sportowych lub w ruletce), planowanie, w jaki sposób dokonywać kolejnych zakładów. Coraz większemu zaangażowaniu towarzyszą coraz większe straty – zarówno finansowe, jak i w relacjach z bliskimi i relacjach zawodowych. Pogłębiające się zaniedbania prowadzą do separacji z rodziną, utraty pracy, a narastające długi do desperacji, czyli do fazy trzeciej. Coraz większe problemy i brak możliwości ich rozwiązania prowadzą do angażowania się w zachowanie, które przynosi ulgę – w uprawianie hazardu. Ostatnią fazą tego błędnego koła jest utrata nadziei, tj. przekonanie, że sytuacji, w jakiej znalazła się jednostka, nie da się poprawić, a tym samym gracz może angażować się w inne uzależnienie (głównie od alkoholu), próbować pozbawić się życia lub na skutek przestępstwa trafić do więzienia. Kolejną opcją jest zwrócenie się o pomoc i podjęcie terapii (Woronowicz, 2009).

Jeśli chodzi o różnice związane z płcią, to zdecydowanie częściej od hazardu uzależniony jest mężczyzna niż kobieta (zarówno w przypadku uprawiania hazardu w sposób konwencjonalny, jak i internetowy), natomiast kobiety uzależniają się szybciej od gier hazardowych online (Griffiths, 2011).

Jak już wspomniano, zaburzenie uprawiania hazardu jest jedynym przykładem uzależnienia behawioralnego, jakie znalazło się w klasyfikacji DSM-5, natomiast badacze zwrócili uwagę na relatywnie nowe zjawisko – granie w gry komputerowe/internetowe, co może prowadzić do uzależnienia, podobnie jak granie w gry hazardowe. Badacze (zob. Young, 2011) zaproponowali nieformalną taksonomię zaburzeń związanych z używaniem Internetu: erotomanię internetową (*cybersexual addiction*), socjomanie

internetową (*cyber-relationship addiction*), uzależnienie od sieci (*net compulsions*), przeciążenie informacyjne (*information overload*) i uzależnienie od komputera (*computer addiction*), czyli np. od gier komputerowych. Jedynie tę ostatnią formę uznano za nowe jakościowo zjawisko, które wymaga dalszych badań ze względu swój potencjał uzależniający (American Psychiatric Association, 2013).

Uzależnienie od gier komputerowych opisano za pomocą następujących kryteriów: (a) zaabsorbowanie grami, (b) symptomy odstawienia, (c) wzrost tolerancji, (d) nieudane próby kontroli grania, (e) kontynuowanie grania pomimo świadomości wiążących się z nim problemów psychologicznych, (f) rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań, (g) uciekanie w świat gier przed smutkiem i/lub problemami, (h) zanizanie czasu spędzonego na grach internetowych, (i) problemy w relacjach interpersonalnych, w pracy, nauce w związku z angażowaniem się w gry komputerowe (American Psychiatric Association, 2013). Szczególnie narażone na tę formę uzależnienia są osoby młode (dzieci i młodzież), które wykazują deficyty w obszarze nawiązywania relacji interpersonalnych, radzenia sobie z problemami i ze stresem (stosując głównie strategie ucieczkowe, zob. Young, Rogers, 1998), jak również z zaburzeniami lękowymi, nastroju czy kontroli impulsów (Carli et al., 2013).

Większość badań na temat uzależnień behawioralnych stanowią badania przekrojowe, czyli poszukujące korelatów angażowania się w dane zachowanie, jak również porównujące natężenie pewnych cech w grupach klinicznych i normatywnych. Takie badania opisują współwystępowanie pewnych cech i zachowań, ale nie określają kierunku zależności, na przykład zależność między oglądaniem agresji w grach a przejawianiem agresji w życiu realnym jest mediowana przez zasoby samej jednostki. Oznacza to, że osoby przejawiające deficyty psychospołeczne mogą mieć większą

skłonność do grania, gdyż nie potrafią nawiązywać ani podtrzymywać relacji interpersonalnych, zatem stosują strategie ucieczkowe od problemów i angażują się w zachowania, które pozwolą pozbyć się negatywnego afektu (np. w graniu). Natomiast osoby, które nabyły pewne umiejętności psychospołeczne (tzw. umiejętności życiowe), nie będą odczuwały psychicznego przymusu grania, dlatego w mniejszym stopniu są narażone na uzależnienie (za: Rowicka, w druku).

Kolejnym przykładem uzależnień behawioralnych są zachowania kompulsyjne dotyczące robienia zakupów, uprawiania ćwiczeń (American Psychiatric Association, 2013) czy wykonywania pracy (Wojdyło, 2013). Uzależnienie od kupowania polega na odczuwaniu wewnętrznego przymusu robienia zakupów, utracie kontroli nad zachowaniem i kontynuowaniem go, mimo świadomości negatywnych konsekwencji (Dittmar, 2005). Osoby uzależnione najczęściej kupują przedmioty luksusowe (biżuterię, ubrania, buty), które nie są im niezbędne, przy czym przedmiot zakupów nie jest dla nich tak ważny jak sam akt kupowania. U osób tych w przeszłości kupowanie było skojarzone (poprzez procesy warunkowania) z zaspokajaniem potrzeb (np. potrzeby miłości lub akceptacji) i stało się nieadaptacyjnym sposobem regulacji negatywnych emocji (Weinstein, Lejoyeux, 2010). Badacze sugerują, że sam akt dokonywania zakupu przynosi osobie uzależnionej ulgę w postaci redukcji niespecyficznego napięcia (Monahan et al., 1996). Do korelatów uzależnienia od zakupów należą płeć (zdecydowanie częściej uzależnione są kobiety niż mężczyźni), wiek (osoby młode, do 35. roku życia), używanie kart kredytowych (Ogińska-Bulik, red., 2006) i nieprzystosowawcze strategie radzenia sobie ze stresem (Black, 2007).

Formą uzależnienia od czynności jest uzależnienie od pracy, które polega na odczuwaniu wewnętrznego przymusu wykonywania czynności związanych z pracą, co

prowadzi do wysokiego zaabsorbowania i braku odczuwania przyjemności z lub w pracy (Spence, Robbins, 1992). Wewnętrzny przymus można opisać jako niekontrolowaną potrzebę wykonywania danej czynności w celu zaspokojenia pewnych potrzeb, na przykład obniżenia niespecyficznego napięcia lub podniesienia samooceny. Zatem osoba uzależniona nie jest w stanie kontrolować swojego zaangażowania w pracę, poświęca jej coraz więcej zasobów (kosztem rodziny i znajomych), myśli o pracy, będąc w domu, odczuwa negatywne emocje i napięcia w czasie, gdy nie pracuje (na przykład w weekendy), opisuje siebie przez pryzmat pracy.

Kamila Wojdyło (2013) zaproponowała rozszerzoną wersję podstawowej koncepcji uzależnienia od pracy, wprowadzając termin „pożądanie pracy” (ang. *work craving*). Według niej osoba uzależniona od pracy silnie przeżywa negatywne emocje, charakteryzuje ją niska zdolność do ich regulacji, a jednocześnie wysoki poziom pobudzenia mobilizującego i niskie poczucie wartości. Niskie poczucie wartości prowadzi do poszukiwania zewnętrznych wyznaczników samooceny, ale w związku z wysokim poziomem neurotycznego perfekcjonizmu osoba uzależniona od pracy nie jest w stanie czerpać satysfakcji z jej wykonania. Na neurotyczny perfekcjonizm składa się, według Wojdyło, tendencja do wyznaczania sobie nierealistycznych celów i bardzo surowa ocena siebie w przypadku niewielkich odstępstw, które są interpretowane jako porażka.

Osoba uzależniona od pracy wykonuje ją w sposób kompulsyjny, w oczekiwaniu redukcji negatywnych emocji i odczuwania pozytywnych wzmocnień, jednak na skutek przekonań związanych z perfekcjonizmem nie jest w stanie odczuwać przyjemności, co prowadzi do błędnego koła uzależnienia – negatywne emocje stara się redukować poprzez pracę, która z czasem staje się źródłem kolejnych negatywnych emocji, a jedynym znanym sposobem

redukcji negatywnych emocji jest angażowanie się (kompulsyjnie już) w wykonywanie pracy (Wojdyło, 2013).

Uzależnienie od ćwiczeń polega na utracie kontroli nad ich uprawianiem, co prowadzi do negatywnych konsekwencji zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychospołecznym (De Coverley Veale, 1995). Uzależnienie pojawia się, kiedy osoba ćwicząca traci kontrolę nad ćwiczeniami, przejawia symptomy odstawienne w przypadku utrudnionej możliwości ich wykonywania, ćwiczy mimo kontuzji, a same ćwiczenia stają się istotną częścią jej funkcjonowania. Uzależnieniu od ćwiczeń mogą towarzyszyć zmiany, a nawet zaburzenia odżywiania, gdyż pokarmy stanowią środek do bycia bardziej wydajnym podczas ćwiczeń. Utrata masy ciała nie jest celem, lecz środkiem do uzyskania lepszej kondycji, zatem osoby uzależnione przestrzegają wskazówek dotyczących odpowiedniej liczby kalorii i odpowiedniej kompozycji substancji odżywczych (białka, tłuszcze, węglowodany).

Badacze sugerują rozróżnienie między pierwotną i wtórną formą zaburzenia. Pierwotną można scharakteryzować jako uzależnienie behawioralne, natomiast wtórną jako konsekwencję innych zaburzeń, np. zaburzeń odżywiania (De Coverley Veale, 1995). Zatem osoba uzależniona od ćwiczeń oczekuje redukcji negatywnych emocji, takich jak napięcie wynikające z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, ale również oczekuje pozytywnych wzmocnień, np. poprawy samooceny. Uzależnienie od ćwiczeń często określa się mianem bigoreksji*, tj. zaburzenia w obszarze percepcji własnego ciała, i choć nie stanowią one synonimów, to uzależnienie od ćwiczeń może wynikać z bigoreksji i zgodnie z definicją De Coverley Veale (1995) można by je uznać za uzależnienie wtórne.

* Bigoreksja (inaczej dysmorfia mięśniowa) jest uważana za jedną z odmian dysmorfofobii i dotyczy przesadnego zaabsorbowania przyrostem masy mięśniowej [przyj. red. nauk.].

Terapia uzależnień behawioralnych

Terapia uzależnień behawioralnych stanowi wyzwanie dla klinicystów i badaczy, choć najczęściej stosowane są: terapia poznawczo-behawioralna (indywidualna lub grupowa), podejście oparte na wzmacnianiu motywacji do zmiany, terapia rodzin, a także grupy wsparcia realizujące podejścia oparte na programie 12 kroków oraz farmakoterapia (głównie leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, SSRI) (Hodgins, Stea, Grant, 2011). Ocena skuteczności różnych podejść terapeutycznych przemawia za stosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej (Ladouceur et al., 2001) oraz opartych na wspieraniu motywacji do zmiany (Wulfert et al., 2006). Farmakoterapia i grupy samopomocowe powinny stanowić dopełnienie terapii.

Badania nad skutecznością interwencji dotyczących członków rodzin osób z problemem uzależnienia od hazardu nie dają jednoznacznych rezultatów. I tak Zion, Tracy i Abell (1991) nie znaleźli związku między zaangażowaniem w grupy samopomocy dla rodzin osób z uzależnieniem od hazardu (GAM-ANON) a nawrotami uzależnienia. Hodgins, Currie i el-Guebaly (2001) w badaniach klinicznych wykazali pozytywny efekt terapii angażującej rodzinę osób z uzależnieniem od hazardu zarówno dla nich, jak i ich bliskich, ale zasady postępowania dotyczące odpowiednich reakcji członków rodziny na zachowania osoby uzależnionej, zalecane do stosowania po zakończeniu terapii, okazały się zbyt skomplikowane; ich wprowadzenie wymagało wsparcia ze strony specjalisty (Hodgins, Stea, Grant, 2011).

W zakresie farmakoterapii do najczęściej stosowanych leków w terapii zaburzenia uprawiania hazardu należy naltrexon (antagonista opiatów). Badania kliniczne wskazują na jego skuteczność (Grant, Kim, Hartman, 2008), choć

warto zaznaczyć, że skuteczność terapii była mierzona po krótkim czasie po jej zakończeniu.

Podejście poznawczo-behawioralne stanowi obecnie najczęściej stosowaną terapię w przypadku osób uzależnionych od czynności (Ladouceur et al., 2001). Jest ona oparta na założeniu, że angażowanie się w zachowania problemowe wynika z nieadekwatnych przekonań i związanych z nimi zachowań (na skutek procesów uczenia się). Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest identyfikacja i rekonstrukcja zniekształconych przekonań, jak również związanych z nimi emocji i zachowań (przykładowo: negatywne emocje prowadzą do chęci odprężenia się, a granie w gry hazardowe pozwala na chwilę zapomnienia o problemach). Zatem celem terapii jest wypracowanie przez klienta nowych sposobów realizacji potrzeb, strategii radzenia sobie ze stresem czy z negatywnym afektem. Do tradycyjnie stosowanych metod poznawczych i behawioralnych należą między innymi: rekonstrukcja poznawcza, psychoedukacja, rozwijanie umiejętności psychospołecznych, takich jak nawiązywanie relacji interpersonalnych, rozwiązywanie problemów czy radzenie sobie ze stresem, a także techniki ekspozycji i tworzenie planu zapobiegania nawrotom.

Badania skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej wskazują, że jest to podejście o potwierdzonej efektywności, mierzonej poprzez częstotliwość grania i subiektywną ocenę kontroli grania, utrzymującej się w ciągu dwunastu miesięcy od zakończenia terapii (Ladouceur et al., 2001; Ladouceur et al., 2003).

Terapia poznawczo-behawioralna stanowi rodzinę podejść opartych na wspólnych założeniach teoretycznych, natomiast wykorzystywane techniki i długość terapii różnią się. Kimberly Young (2011) zaproponowała modyfikację terapii poznawczo-behawioralnej dla osób kompulsyjnie korzystających z Internetu – CBT-IA (*Cognitive Behavioural*

Therapy – Internet Addiction), która składa się z trzech części: modyfikacji zachowania, rekonstrukcji poznawczej i elementów terapii redukcji szkód.

Połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z elementami terapii wzmacniającej motywację przemawia za wielomodalnym podejściem do terapii (Wulfert et al., 2006). Terapia oparta na pracy nad motywacją – dialog motywujący (*motivational interviewing*, MI) lub jego modyfikacja – terapia wzmacniająca motywację, zwana także terapią motywującą (*motivational enhancement therapy*, MET) zostały zainspirowane pracą z osobami z problemem alkoholowym (za: Miller, Rollnick, 2010). Kluczowym założeniem tych metod jest wydobywanie i wspieranie motywacji wewnętrznej do zmiany (w opozycji do dyrektywnej motywacji zewnętrznej). Zgodnie z transteoretycznym modelem zmian (Prochaska, Norcross, DiClemente, 1994; Miller, Rollnick, 2013), większość strategii terapii poznawczo-behawioralnej jest adekwatna dla stanu akcji (inaczej działania), natomiast dialog motywujący jest skuteczny także w fazie prekontemplacji*. Badania nad skutecznością podejścia motywującego dotyczyły do niedawna głównie uzależnień od substancji. Terapia motywująca została zaadaptowana na potrzeby projektu MATCH (program terapii uzależnień od substancji przyjęty do realizacji w Stanach Zjednoczonych), którego celem była analiza doboru metody do potrzeb klienta. Efekty terapii wzmacniającej motywację były porównywane z efektami terapii poznawczo-behawioralnej i programu

* Transteoretyczny model zmiany zakłada, że zmiana zachowania (np. zaprzestanie grania w gry hazardowe lub redukcja innych zachowań problemowych) odbywa się fazowo – osoba, której zmiana dotyczy, przechodzi niejako przez sześć faz: prekontemplacji, kontemplacji, przygotowania, działania, podtrzymywania i rozwiązywania (ang. *termination*). Pierwsze trzy fazy charakteryzują się niską motywacją do podjęcia zmiany.

12 kroków (Miller, Rolnick, 2013). Wyniki badań sugerują, że terapia wzmacniająca motywację była bardziej efektywna w przypadku większego oporu klienta, natomiast podejście 12 kroków wydaje się przynosić lepsze efekty w przypadku osób, które nie mają wsparcia rodziny czy znajomych (Miller, Rolnick, 2013). Wyniki badań w grupie osób uzależnionych od hazardu wskazują dodatkowo, że podejście oparte na dialogu motywującym przynosi lepsze efekty niż metody oparte na konfrontacji (Grant et al., 2009).

Badania porównujące skuteczność podejścia poznawczo-behawioralnego z dialogiem motywującym sugerują, że grupy różniły się pod względem częstotliwości grania i ponoszonych kosztów finansowych (na korzyść dialogu motywującego) w okresie do sześciu miesięcy od interwencji (Hodgins, Currie, el-Guebaly, 2001). Inne badania pokazują, że połączenie dialogu motywującego z terapią poznawczo-behawioralną istotnie zwiększa efekty terapeutyczne w grupie osób z problemem hazardu (Diskin, Hodgins, 2009)*.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition – DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Black, D. (2007). A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry*, 6(1), 14–18.
- Black, D.W. et al. (2000). A double blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 12(4), 205–211.
- Carli, V. et al. (2013). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46(1), 1–13.

* Szerszy przegląd publikacji na temat badań dotyczących skuteczności zastosowania dialogu motywującego w uzależnieniach behawioralnych Czytelnik znajdzie na s. 149–152 niniejszej książki [przyp. red. nauk.].

- CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących: hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa.
- Currie, S. et al. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101(4), 570–580.
- Custer, R., Milt, H. (1986). *When Luck Out: Help for Compulsive Gamblers and Their Families*. New York: Warner Books.
- De Coverley Veale, D. (1995). Does primary exercise dependence really exist? W: J. Annett, B.H. Cripps, H. Steinerg (eds.), *Exercise Addiction. Motivation and Participation in Sport and Exercise* (s. 1–5). Leicester: The British Psychological Society.
- Diskin, K.M., Hodgins, D.C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 382–388.
- Dittmar, H. (2005). Compulsive buying-a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 95, 467–491.
- Grant, J.E. et al. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 195, 266–267.
- Grant, J.E., Kim, S.W., Hartman, B. (2008). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 783–789.
- Grant, J.E., Potenza, M.N. (2006). Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: An open-label pilot study with double-blind discontinuation. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 203–209.
- Griffiths, M.D. (2005). A „components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197.
- Griffiths, M.D. (2011). Gambling Addiction on the Internet. W: K.S. Young, C. Nabuco de Abreu (eds.), *Internet Addiction: A Handbook and Guide for Evaluation and Treatment* (s. 9–111). New York: Wiley.

- Hodgins, D.C., Currie, S., el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Hodgins, D.C., Stea, J.N., Grant, J.E. (2011). Gambling disorders. *Lancet*, 378, 1874–1884.
- Ladouceur, R. et al. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587–596.
- Ladouceur, R. et al. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 774–780.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany* (tłum. A. Pokojka). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Rollnick (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów* (tłum. M. Cierpisz). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Monahan J. et al. (1996). Coercion to inpatient treatment: Initial results and implications for assertive treatment in the community. W: D.L. Dennis, J.E. Monahan (eds.), *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law* (s. 13–28). New York: Plenum Press.
- Nestler, E.J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8, 1445–1449.
- Ogińska-Bulik, N. (red.) (2006). *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). Uzależnienia behawioralne – czym są i skąd się biorą? *Świat Problemów*, 2, 5–9.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat.
- Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, 142–151.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books.
- Rowicka, M. (w druku). *Terapia i profilaktyka uzależnień behawioralnych*. Warszawa: Fundacja Praesterno.

- Weinstein, A., Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive Internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 277–283.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienie. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina.
- Wojdyło, K. (2013). *Work craving* – teoria uzależnienia od pracy. *Nauka*, 3, 87–97.
- Wulfert, E. et al. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement. *Behavior Modification*, 30, 315–340.
- Young, K.S. (2011). CBT-IA: The first treatment model to address Internet addiction. *Journal of Cognitive Therapy*, 25(4), 304–312.
- Young, K., Rogers, R. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*, 1(1), 25–28.
- Zion, M.M., Tracy, E., Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in GAM-ANON and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 117–131.

Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych

4

STEPHEN R. ANDREW

Wprowadzenie

Niniejszy tekst to swoista próba przedstawienia w skrócie założeń i praktycznych wskazówek dotyczących dialogu motywującego (DM). Jego adresatami są osoby praktykujące to podejście lub zainteresowane nim.

Dialog motywujący to rozmowa ukierunkowana, w której prowadzący ją (np. terapeuta) zmierza do tego, aby wywołać u swojego rozmówcy (klienta) jego własną motywację do zmiany i wzmocnienie jej. Towarzyszy temu specyficzna atmosfera, tzw. duch dialogu motywującego, którego wyrazem jest troska o dobro klienta, okazywana mu akceptacja, stała współpraca i dbałość o to, by stworzyć przestrzeń, gdzie klient (nie specjalista) wymienia powody zmiany. Zatem to ty, specjalisto (praktyku DM, terapeuta motywujący), jesteś odpowiedzialny za przebieg tej rozmowy i to ty masz ukierunkować twojego klienta tak, by mógł dojść do tego, co on sam uważa za dobre rozwiązanie. Odpowiedzialność za osiągnięty rezultat spoczywa zaś wyłącznie na osobie, która przyszła do ciebie w poszukiwaniu pomocy w dokonaniu zmiany.

Motywacja jest kluczowa dla zmiany. Jej charakterystycznymi cechami są ambiwalencja, opór oraz język przedstawiający zalety obecnej sytuacji (tzw. język podtrzymania).

Wielopoziomowa definicja dialogu motywującego

Co to jest DM? (definicja dla laika):

Dialog motywujący to oparty na współpracy styl rozmowy, służący umocnieniu u osoby jej własnej motywacji i zobowiązania do zmiany (Miller, Rollnick, 2014, s. 12).

Po co mam stosować DM? (definicja dla praktyka pragmatyka):

Dialog motywujący to skoncentrowany na osobie sposób pomagania w odniesieniu do powszechnego problemu ambiwalencji wobec zmiany (Miller, Rollnick, 2014, s. 21).

Jak to „działa”? (definicja techniczna):

Dialog motywujący to oparty na współpracy, zorientowany na cel sposób komunikowania się, zwracający szczególną uwagę na język zmiany. Ma on w zamierzeniu umocnić osobistą motywację i zobowiązanie do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobycie i zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia (Miller, Rollnick, 2014, s. 29).

Motywacja nie jest cechą ani zmienną osobowościową. Jest stanem płynnym i dynamicznym. Może się zmieniać od zobowiązania do konkretnych działań, po powrót do starych nawyków. W zderzeniu z taką zmiennością warto pamiętać, że:

Nie zakładamy, że początkujący terapeuta motywujący (praktyk DM) będzie od początku zobowiązywał się do przestrzegania lub nawet przestrzegania ducha tego podejścia. Zauważyliśmy, iż duch DM to nie warunek poprzedzający stosowanie DM, taki stosunek do klienta jest raczej konsekwencją praktykowania DM. To, co okazuje się ważne jako pierwszy krok w praktyce DM, to otwartość na taki sposób myślenia o kliencie i ciekawość jego perspektywy, a co najmniej gotowość do rezygnacji z własnej w niego niewiary. Odkryliśmy, że stopień,

w jakim terapeuta stosuje taką perspektywę, to ważny prognostyk tego, na ile może osiągnąć biegłość w trakcie nauki DM (Miller, Moyers, 2006, s. 5).

Praca z klientem na zasadzie współpracy, a nie dyktowania rozwiązań pozwala podkreślić i uznać autonomię i zdolność samoukierunkowania klienta, umożliwia wydobywanie jego pomysłów w miejsce narzucania własnych. Taki sposób pracy wymaga co najmniej chęci zawieszenia autorytarnego stylu pracy i poznania zdolności oraz zasobów klienta w większym stopniu niż jego deficytów. Warto, by towarzyszyło temu autentyczne zainteresowanie perspektywą i doświadczeniem klienta.

Zasady pracy w dialogu motywującym

Możemy wskazać trzy kluczowe zasady, które muszą być obecne, gdy praktykujemy dialog motywujący:

Po pierwsze, wyrażanie empatii przez zdolność odczuwania doświadczeń (np. bólu lub przyjemności) drugiej osoby, tak jak ona je przeżywa; umiejętność usłyszenia i poczucia nawet tego, czego klient nie mówi wprost; skupianie się na znaczeniu, jakie mają przeżycia klienta dla niego samego.

Po drugie, rozwijanie ambiwalencji przez poszukiwanie i poznawanie wewnętrznych przekonań i uczuć klienta na temat tego, jakie znaczenie ma wprowadzenie zmiany dla niego samego; w szczególności poznanie ważnych dla niego wartości i tego, jak postrzega siebie, wydobywanie rozbieżności między jego obecnym postępowaniem a wartościami, które są dla niego ważne; podkreślenie tej wewnętrznej sprzeczności.

Po trzecie, wspieranie poczucia sprawczości przez podtrzymywanie wiary klienta w jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań i wpływania na własne życie;

podkreślanie decyzji, które podejmuje (wspieranie autonomii), by spełnić własne marzenia, pragnienia i osiągnąć cele wynikające z jego wartości; wzmacnianie wiary klienta w jego zdolność do spełniania własnych marzeń.

Istotą DM jest zbudowanie w trakcie rozmowy mostu pomiędzy tym, co osoba postrzega jako ważne w jej życiu, a tym, co stawia sobie za cel do osiągnięcia.

Zasady te można odnieść do następujących ogólnych celów, które próbujemy osiągnąć w trakcie DM:

■ **Budowanie więzi**

Pierwszym krokiem w pracy z osobą, która poszukuje pomocy, jest zaangażowanie jej w proces wprowadzania zmiany. Zasada wyrażania empatii ma odniesienie do celu budowania więzi. Trafne empatyczne reagowanie pomaga stworzyć otoczenie bezpieczne dla klienta oraz zbudować silną relację terapeutyczną.

■ **Rozwiązywanie ambiwalencji**

Jednym z kluczowych elementów DM jest praca nad ambiwalencją klienta, zwana jej rozwiązywaniem. Rozwiązywanie ambiwalencji następuje, gdy rozbieżność między obecnym zachowaniem i ustalonymi celami lub wartościami staje się bardzo wyraźna. Kluczowe elementy, od których zależy pozytywne rozwiązanie ambiwalencji, to wiara klienta, że może wprowadzić zmianę, którą uważa za ważną. Skuteczność działań klienta będzie zależała od tego, czy on sam znajdzie sposób wprowadzenia zmiany i będzie miał pewność, że potrafi go zrealizować.

■ **Umacnianie klienta**

To, na ile klient będzie gotów podążać w kierunku zmiany, zależy od tego, na ile specjalista będzie w stanie pracować nad umacnianiem klienta i wywołać rozmowę

na temat jego marzeń, umiejętności, powodów i potrzeb związanych ze zmianą zachowania. Jeśli klient mówi, co sprawia, że potrafi i powinien podjąć zmianę, to zadaniem specjalisty jest podtrzymanie i rozwinięcie takiej rozmowy. Ważnym krokiem jest więc zaangażowanie klienta w rozmowę o zachowaniu, które chce zmienić. Angażujemy klienta w rozmowę o zmianie, posługując się określonymi, opisanymi poniżej, narzędziami.

Podstawowe pojęcia w DM

Do podstawowych pojęć stosowanych w DM należą: tzw. wiosła, zjawisko ambiwalencji, zjawisko oporu i języka podtrzymania oraz tzw. język zmiany i język zobowiązania. Każde z tych pojęć warte jest krótkiej charakterystyki.

„Wiosła”^{*} (OARS)

Do „wiosół” dialogu motywującego należą pytania otwarte, dowartościowania, odzwierciedlenia i podsumowania. Stosowanie ich w sposób motywujący pozwala klientowi poczuć się wysłuchanym i zrozumianym na tyle, że gotów będzie podjąć i kontynuować pracę w kierunku zmiany. Poniżej przedstawiamy krótki opis czterech „wiosół”.

„Wiosło” nr 1: pytania otwarte

To pytania, które pozwalają klientowi mówić więcej niż mówi specjalista, zwłaszcza w porównaniu z pytaniami zamkniętymi, które pozwalają tylko na pojedyncze słowa lub lakoniczne odpowiedzi (tak/nie; cyfra lub nazwa). Pytania otwarte umożliwiają zbieranie licznych informacji i danych.

^{*} „Wiosła” to dosłowne tłumaczenie słowa OARS, które jest akronimem utworzonym z angielskich nazw czterech narzędzi dialogu motywującego. Niestety, nie mamy w języku polskim analogicznego akronimu [przypr. red. nauk.].

- *Postawa*: uważne zainteresowanie, budzenie w sobie ciekawości tym, jak klient postrzega cel i miejsce zmiany w swoim obecnym życiu.
- *Powody stosowania*: zadawanie pytań zamkniętych lub zbyt wielu pytań powoduje u osoby pytanej uczucie bycia mniej ważną, osłabia jej poczucie zrozumienia własnego życia, poczucie kontroli i dlatego może prowadzić do lakonicznych odpowiedzi; odpowiedzi wyłącznie na zadane pytanie, bez pogłębienia wypowiedzi, co mogłoby dać pełniejszy obraz i więcej informacji; przyjęcie pasywnej postawy i oczekiwanie na kolejne pytania w miejsce dzielenia się własnymi doświadczeniami, szerokiego ich omawiania i uczenia się z własnych doświadczeń; obniża motywację klienta i zmniejsza liczbę wypowiedzi o zmianie.
- *Poziom umiejętności*: pytania stawiane w taki sposób, by co najmniej 70 procent z nich miało charakter otwarty.

„Wiosło” nr 2: dowartościowania

Pozwalają wydobyć określone pozytywne cechy, zasoby i umiejętności osoby. Ważne, by uwypuklać te mocne strony, które są trwałe i które nasz rozmówca prezentuje w różnych sytuacjach.

- *Postawa*: autentyczna wiara w zasoby, umiejętności lub cechy klienta.
- *Powody stosowania*: rozpoznawanie konkretnych umiejętności klienta i podkreślanie ich wagi dla realizacji jego celów, przy stałym angażowaniu go w rozmowę, pomaga prowadzić go ku zmianie.

Przykłady:

„Masz wiele zasobów”.

„To, że potrafisz się powstrzymać od grania, jest dowodem twojej dużej samokontroli”.

„Doceniam twoją gotowość do opowiadania o swoich przeżyciach tak otwarcie”.

„Doceniam to, że dzisiaj przyszedłeś”.

„Czujesz się odpowiedzialny za informowanie o liczbie godzin spędzonych przed komputerem. Dziękuję”.

„Wiosło” nr 3: odzwierciedlenia

Trafne empatyczne odzwierciedlenia wymagają słuchania nie tylko tego, co osoba mówi, lecz również tego, jakie znaczenie ma to, co mówi. A zatem słuchacz powinien być wrażliwy na niuanse w tonie, sposobie mówienia i sygnałach pozawerbalnych. Empatyczne odzwierciedlenia są kluczowe dla stworzenia relacji terapeutycznej i stanowią podstawę dialogu motywującego.

- *Postawa*: nieoceniająca, unikająca krytykowania lub obwiniania. Ważne jest podkreślenie, że osoba, z którą prowadzi się rozmowę, może się nie zgodzić z tym, na ile odzwierciedlenia były empatyczne, trafne czy skuteczne.
- *Powody stosowania*: trafne empatyczne odzwierciedlenie pozwala sprawdzić pomysły specjalisty, tworzy atmosferę bezwarunkowej akceptacji i pozytywnego spojrzenia na klienta. Najważniejszym celem empatycznego odzwierciedlenia jest danie drugiej osobie poczucia, że jest słuchana i uznawana za wiarygodną.
- *Poziom umiejętności*: empatyczne odzwierciedlenia powinny być stosowane co najmniej dwa razy częściej niż otwarte lub zamknięte pytania.
- *Rodzaje odzwierciedleń*:
 - proste, sprawdzające, co osoba powiedziała, są powtórzeniem jej wypowiedzi, pewnym przeformułowaniem, ale bez dodania znaczenia, które mogłoby pogłębić zrozumienie;

– złożone, sprawdzające znaczenie wypowiedzi, pogłębiające zrozumienie, oznaczają wyolbrzymianie tego, co zostało powiedziane, przedstawianie dwu stron lub dopowiadające sens wypowiedzi, odwołujące się do metafory, nazywające uczucia drugiej osoby.

Przykład:

Klientka: „Odkąd mój chłopak odszedł, nasz dom wydaje się taki cichy”.

Terapeuta:

- Powtórzenie (proste)

„Jest bardzo cicho, teraz gdy odszedł”.

- Powtórzenie (parafraza)

„Cisza jest bardzo zauważalna, teraz gdy jesteś w domu”.

- Dodanie znaczenie (złożone)

„Bez chłopaka twój dom wydaje się pusty i masz większą świadomość tego, że jesteś sama”.

- Emocjonalne

„Czujesz się samotna, odkąd on odszedł. Bardzo za nim tęsknisz”.

Łatwiej jest tworzyć złożone odzwierciedlenia, jeśli zrozumie się, że pewne zachowania i ambiwalencja mają swoje źródło w następujących podstawowych potrzebach człowieka: kochać i być kochanym; przynależeć i tworzyć więź; panować, sprawować kontrolę nad własnym życiem; posiadać umiejętności, czuć się kompetentnym. A także, jeśli zaakceptuje się, że przeszkody we wprowadzaniu zmiany mają swoje korzenie w jednym lub więcej z poniższych lęków: lęku przed porzuceniem; lęku przed nieistnieniem; lęku przed zawstydzeniem/porażką/niedopasowaniem.

Tworzenie złożonych odzwierciedleń to innymi słowy tworzenie hipotez odnoszących się do podstawowych ludzkich potrzeb i obaw. Odzwierciedlenia pozwalają często otworzyć drzwi porozumienia między specjalistą a osobą,

która poszukuje pomocy, i ułatwiają zmobilizowanie jej własnej motywacji od zmiany.

Jednym ze sposobów tworzenia złożonych odzwierciedleń może być zadanie pytania dotyczącego określonego zachowania drugiej osoby, hipotetycznego odpowiedzenia sobie na to pytanie i wypowiedzenie tej odpowiedzi na głos, w formie stwierdzenia.

Tak zrób	Tego nie rób
● Zastanów się, jakie pytanie chcesz zadać. ● Postaw hipotezę, jak może odpowiedzieć twój rozmówca. ● Wypowiedz tę odpowiedź na głos, w sposób pewny, jasny, jako odzwierciedlenie.	● Nie pytaj, czy masz rację. ● Nie zmieniaj intonacji w pytanie (to nazywamy zepsutym odzwierciedleniem).

„A czemu po prostu nie zadać pytania?”

Pytanie sprawia, że człowiek przestaje przeżywać własne doświadczenie i zaczyna się obserwować. Natomiast celem specjalisty jest umożliwienie klientowi pocucia tego, co przeżywa, lub odczucia jego własnej ambiwalencji, a nie tylko prowadzenie rozmowy na ten temat.

Odpowiedzi, które często się zdarzają, ale nie są empatycznymi odzwierciedleniami:

- Pytanie – sprawdzanie (co... gdzie... dlaczego... jak... kiedy...)
- Radzenie, podawanie sugestii lub rozwiązań: „Ja na twoim miejscu...”, „Dlaczego nie zrobisz...”, „Może mógłbyś...”
- Perswadowanie/logiczne argumentowanie, spieranie się, instruowanie: „Czy wiesz, że...”, „Hazardziści często...”, „Alkoholizm oznacza...”

Te wypowiedzi często spotykane w praktyce klinicznej nie pomagają osobom w ambiwalencji.

- *Postawa*: uważna ciekawość, okazywanie zainteresowania poznaniem perspektywy drugiej osoby.
- *Poziom umiejętności*: stosowanie dwukrotnie więcej odzwierciedleń złożonych niż prostych.

„Wiosło” nr 4: podsumowania

To szczególna forma odzwierciedlenia, w której zbiera się wypowiedzi klienta z całej rozmowy. Specjalista wybiera, co zawrze w podsumowaniu. Warto tu zwracać uwagę na przekonania klienta dotyczące zmiany, jego przemyślenia na temat możliwości zmiany zachowania, jego ambiwalencję wobec zmiany, wiarę i optymizm w możliwość jej dokonania. Podsumowanie pozwala rozmówcy poznać, że był słuchany i stanowi okazję, by coś poprawić lub zmienić. Podsumowania ułatwiają zmianę tematu oraz świetnie domykają spotkanie.

- *Postawa*: dążenie do zapewnienia jak najlepszego zrozumienia w dotychczasowej rozmowie, otwarcie na poprawki ze strony drugiej osoby jako formę uzupełnienia informacji; okazja podkreślenia wypowiedzi klienta dotyczących pozytywów lub informacji, które posuwają go w kierunku zmiany.
- *Powody stosowania*: pokazanie rozmówcy, że specjalista jest uważnym słuchaczem; ukierunkowywanie klienta poprzez podkreślanie jego własnych wypowiedzi na temat celu, do którego zmierza. To również dobry sposób otwierania kolejnego tematu poprzez domknięcie tematu bieżącego.

Ambiwalencja

Nie chodzi o to, że aż tak boimy się zmiany, albo że aż tak podobą nam się to, co robimy obecnie, chodzi o to miejsce pomiędzy,

miejsce, w którym boimy się utknąć [...] To jak zawisnąć w próżni. Tak czuje się Linus, gdy jego kocyk trafia do prania. Nie ma się czego chwycić!” (Marilyn Ferguson).

Ambiwalencja to stan umysłu, w którym doświadczamy współwystępujących, ale sprzecznych uczuć, myśli lub działań odnośnie do czegoś. To dylemat rozbieżności „chcę to zrobić, ale... (obawiam się, że nie dam rady, nie wyjdzie mi itp.)”. Rozbieżności możemy rozwijać na obu krańcach.

Jeśli uda się dotrzeć z klientem do momentu, w którym jest zaalarmowany przeżywaną ambiwalencją (gdzie jest w porównaniu z tym, gdzie chce być) i potrafi się odwrócić jego myśli od bronięcia się lub zaprzeczania (nie jest wcale tak źle), racjonalizacji (i tak tego nie chciałam), projekcji (to nie mój problem, ale ich), to wzrasta prawdopodobieństwo, że klient dokona zmiany. To, jaką wagę ktoś nadaje zmianie, jest bezpośrednio powiązane z gotowością do jej podjęcia. Jeśli ktoś nisko ocenia znaczenie zmiany, określany jest często mianem będącego „w zaprzeczeniu”, „oporującego”. W dialogu motywującym traktujemy niską wagę problemu jako określony sygnał (niska waga/niska gotowość = mała motywacja do zmiany). To pokazuje, że rozbieżność doświadczana przez klienta jest nie dość duża, by motywować go do działania. To znak, że należy wzmocnić wagę problemu dla danej osoby. Waga to istotny predyktor zmiany. Jednakże mając świadomość tego, jak zmienna jest motywacja, warto pamiętać, że proces zmiany jest bardziej złożony. Aby odnieść sukces, człowiek musi uwierzyć, że zmiana jest ważna, ponadto musi być przekonany, że może skutecznie zmianę wprowadzić w życie, że ma w sobie siłę i może podjąć decyzję o bliskim rozpoczęciu działań w kierunku określonego celu.

Opór i „język podtrzymania”

Jedną z form, w jakich przejawia się ambiwalencja, jest opór. Wiąże się on z określonymi uczuciami i zachowaniami zachodzącymi w relacji interpersonalnej, które wynikają z braku współpracy lub wzajemnych nacisków. Opór nie jest cechą charakteru lub stanem chronicznym, w jakim ktoś pozostaje. Postawa specjalisty może mieć istotny wpływ na przejawy oporu rozmówcy. Może ułatwić zmianę, jeśli okaże zrozumienie dla siły ambiwalencji i będzie gotów nad nią pracować, a także, jeśli uniknie etykietowania osoby jako „oporującej”, potraktuje „zachowania oporujące” jako sygnał, że czegoś brakuje w relacji i że to on sam powinien coś zmienić w tej relacji, spróbować zrobić coś inaczej.

Przykłady oporu to: spieranie się, przerywanie, zaprzeczanie, ignorowanie, obrażanie, zapominanie o spotkaniach lub spóźnianie się, mówienie za dużo lub nie na temat, milczenie.

Kolejną formą, w jakiej przejawia się ambiwalencja, jest „język podtrzymania”, czyli te wypowiedzi klienta, w których podkreśla, dlaczego nie może się zmienić, dlaczego nie warto się starać albo jakie są dobre strony obecnej sytuacji. Im bardziej ktoś posługuje się „językiem podtrzymania”, tym mniejsze są szanse, że ta osoba wprowadzi zmianę. I znów, to postawa terapeuty może mieć wpływ na to, na ile ktoś zbliży się do osiągnięcia pożądanej przez siebie zmiany.

A oto niektóre ze strategii, jakie można wypróbować do pracy z oporem i „językiem podtrzymania”:

- Zrozumienie, że ambiwalencja w naturalny sposób poprzedza zmianę. Wprowadzanie zmiany to nie tylko decyzja na „tak” lub „nie”, bo zawsze napotkamy zarówno plusy, jaki i minusy wprowadzenia zmiany. Czasami plusy przeważą nad minusami i wtedy ruszamy we

właściwym kierunku. Czasami jednak minusy przeważają i wtedy utykamy w miejscu lub nawet robimy krok w tył.

- Rozpracowanie ambiwalencji klienta. Im dokładniej omówi się ten temat, tym lepiej zrozumie się – zarówno specjalista, jak i klient – jakie są mocne strony zmiany i jakie koszty ponosi klient w związku z bieżącym zachowaniem.
- Pomoc klientowi w ruszeniu z miejsca poprzez angażowanie i wzmacnianie jego własnej motywacji. Warto zachęcać klienta do wypowiedzi, w których wyrazi, dlaczego i jak bardzo wprowadzenie zmiany zachowania jest dla niego ważne, wzmacniać wiarę klienta, że jest w stanie osiągnąć tę zmianę, pomóc mu w stworzeniu planu działania, który uzna za wykonalny. Warto też sprawdzić, na ile czuje, że ten plan nadaje się do realizacji w najbliższej przyszłości.
- Pomoc klientowi w pokonaniu jego ambiwalencji, uwy puklając „język zmiany”.
- Ośmielenie klienta do zdecydowania, że jest już gotów stawić czoło zmianie.
- Pomoc klientowi w ruszeniu w kierunku zmiany poprzez nagłaśnianie, wzmacnianie, przeformułowywanie słabszych form języka zmiany.

W dialogu motywującym podążamy za ambiwalencją. Ważne jest, aby potraktować ambiwalencję jako zjawisko naturalne i pomóc rozmówcy wymieniać argumenty za zmianą. To ułatwia klientowi ruszenie z miejsca, podjęcie decyzji i podążanie w kierunku zmiany.

Strategia reagowania na opór polega na odzwierciedlaniu („wiosło” nr 3). Ważną i pomocną zasadą jest reagowanie na opór i/lub „język podtrzymania” za pomocą akceptujących, pełnych empatii wypowiedzi.

- Proste odzwierciedlenia to uznanie niezgody klienta i jego uczuć; zaakceptowanie perspektywy klienta. Ułatwiają dalszą rozmowę i eksplorację ambiwalencji, nie wzmacniają obronnych działań klienta, chronią przed „okopywaniem” się po dwóch stronach barykady.
- Dwustronne odzwierciedlenie pokazuje, że rozmówca uważnie słucha klienta i akceptuje fakt, że przeżywa on wewnętrzny konflikt. Pozwala to również przedstawić to, czego klient pragnie i co robi, jako konsekwencję jego (nie specjalisty) ambiwalencji.
- Wzmocnione odzwierciedlenie, które podkreśla autonomię klienta, jego wybór – mocny sposób formułowania wypowiedzi. Jeśli zastosowany skutecznie, ułatwia klientowi nabranie dystansu wobec wewnętrznego konfliktu i podkreśla tę stronę ambiwalencji, która wzmacnia gotowość do zmiany lub pozwala klientowi zmniejszyć jego niechęć do niej.
- Podkreślenie, że wybór należy do klienta. Opór często pojawia się, gdy klient ma poczucie, że jego wolność jest ograniczana. Reaguje wtedy, broniąc swojej niezależności. Im wcześniej podkreślimy, że wybór ostatecznie zależy od niego, tym łatwiej będzie zmniejszyć ten rodzaj reakcji. Ludzie potrzebują poczucia kontroli i wpływu na własny los.
- Przeformułowanie. Uznanie ważności obserwacji klienta, ale jednocześnie zaproponowanie nowego rozumienia, nowej interpretacji tego, co klient powiedział. Pozwala to przedstawić informacje podane przez klienta w takim świetle, które wspiera zmianę i ułatwia jej wprowadzenie.
- Stawanie po stronie „negatywów”. Najprościej mówiąc, DM to rozmowa na temat ambiwalencji klienta i właśnie z tego powodu, jeśli terapeuta rozwija tylko jedną stronę ambiwalencji, klient rozwija drugą. W efekcie, jeśli

terapeuta rozwija argumenty przeciw podjęciu zmiany, wywołuje to często „język zmiany” u klienta. Przy czym należy zawsze zwracać uwagę na ton wypowiedzi, chodzi o ich szczerość i autentyczność.

- Rozwijanie rozbieżności, czyli niezgody między dwoma faktami, wartościami, wypowiedziami klienta; między jego działaniami a celami lub marzeniami.

Jak to robić? Jednym ze sposobów jest omówienie z klientem zalet niezmieniania niczego i zalet wprowadzenia zmiany. Warto zapytać go o to, co dobrego przynosi mu bieżące zachowanie i poświęć na to trochę czasu (ale niezbyt dużo, np. można to krótko podsumować). Zgodnie z duchem DM, ludzie bardziej wierzą w to, co sami mówią, niż w to, co słyszą, dlatego nie chcemy zbyt długo rozmawiać o tym, co dobrego jest w zachowaniu, które wiąże się z brakiem zmiany. Następnie można zapytać, co klient mniej lubi w tym zachowaniu. Nie wypytujemy o problem lub zmartwienia, staramy się raczej koncentrować na tym, co jest mniej przyjemne w danym zachowaniu niż w nazywaniu, jakie to problemy wywołuje (np. co jest mniej przyjemnego w tym, ile czasu przeznaczają klient na granie, a nie jakie problemy to powoduje). Nazwanie tego może mieć większy wpływ na człowieka i jest trudniejsze do zanegowania. Chodzi o wydobywanie informacji o mniej przyjemnych stronach, jednej po drugiej, zwalniając tempo rozmowy. Na ten aspekt warto poświęcić więcej czasu, stosując odzwierciedlenia i podsumowania. Na koniec ważne jest odzwierciedlenie obydwu stron i zapytanie, jaki mały krok klient mógłby podjąć, by zmienić swoje zachowanie. Kolejnym sposobem jest analiza wartości, które towarzyszą omawianemu zachowaniu. Dobrze jest połączyć informacje o wartościach, które klient ceni, z jego zachowaniem docelowym (tj. zmianą, do której zmierza).

Gdy stosuje się którąkolwiek ze strategii rozwijania rozbieżności, należy pamiętać, by zwracać uwagę na ton głosu – zachować neutralność, nie sugerować, że oczekuje się jakiegokolwiek odpowiedzi, prowadzić rozmowę w taki sposób, jakby pytano klienta o to, czy woli kawę czy herbatę, okazywać również autentyczne zainteresowanie wypowiedziami klienta.

- Podążanie za oporem. Kiedykolwiek klient wyjaśnia, dlaczego nie może wprowadzić zmiany, dlaczego nie warto się starać lub co jest dobrego w bieżącej sytuacji, celem specjalisty jest pomóc mu przesunąć się z tego miejsca (patrz niżej). Klient będzie bardziej skłonny zmienić swój sposób myślenia lub działania w oparciu o to, co sam mówi, niż o to, co mówi specjalista.

Ludzie w naturalny sposób znajdują właściwe dla siebie rozwiązania. Tak długo, jak obecna sytuacja człowieka odpowiada jego potrzebom, pozostaje on w stanie komfortu i żadna zmiana nie jest mu potrzebna. Ale jeśli zauważy, że łamie istotne dla siebie wartości, proces zmiany może ruszyć z miejsca.

Motywacja do zmiany występuje, gdy człowiek postrzega swoje zachowanie jako sprzeczne z tym, jak pragnie się zachowywać. Rozmowa na temat sprzeczności, w jakiej jego bieżące zachowanie stoi z jego wartościami, zwiększa wewnętrzny dyskomfort, a tym samym prawdopodobieństwo, że podejmie on decyzję o zmianie. Stan ten możemy opisać również jako różnicę między sytuacją bieżącą a celami i dążeniami klienta; między tym, co dzieje się obecnie w jego życiu, a tym, jak chce, by wyglądała jego przyszłość.

Skupienie się na tej sprzeczności to sposób na wydobycie od klienta jego własnych argumentów za tym, dlaczego warto podjąć zmianę („język zmiany”). Gdy klient zgłosi jakieś przemyślenia na temat swojego ambiwalentnego stosunku do zmiany, to jest to okazja do wzmocnienia tej rozbieżności.

„Język zmiany”

Poniżej podano przykłady „języka zmiany”, który można usłyszeć od klienta. Gdy go usłyszymy, wzmocnimy go. A jeśli tego nie słyszymy, prowadźmy rozmowę tak, by go wywołać od klienta.

Pragnienie – wypowiedzi wyrażające chęć, pragnienie, marzenie

- „Stanowczo chcę zerwać z hazardem na dobre”.
- „Naprawdę chcę pracować mniej”.
- „Część mnie chce to rzucić”.
- „Nie będzie mi brakowało tego kopa”.

Zdolność – wypowiedzi ilustrujące, na ile klient uważa, że posiada (lub nie) umiejętność, zdolności wprowadzenia zmiany

- „To się uda, potrafię to zrobić, jeśli tylko spróbuję”.
- „Mogę. ... Myślę, że wiem, jak to zrobić”.
- „Wydaje mi się, że mógłbym... ale nie wiem, czy mi się uda”.
- „Jestem przekonany, że potrafię z tym skończyć”.

Powody – wypowiedzi wskazujące konkretne powody, argumenty, przyczyny na rzecz wprowadzania lub nie wprowadzania zmiany

- „Nie ma mowy, abym znowu musiał znosić wizyty komornika z powodu moich długów”. „Naprawdę nie chcę zaciągać kolejnych długów”.
- „Nie chcę dawać złego przykładu moim dzieciom”.
- „Jest coraz więcej powodów, dla których muszę ograniczyć pracę”.
- „Myślę, że będę spokojniejszy, jeśli nie będę tak uganiał się za dziewczynami i seksem”.

Powody (cd.)

- „Wydają mi się, że to pomaga mi się odprężyć”.
- „Muszę przyznać, że nie widzę powodów, by grać mniej”.

Potrzeby – wypowiedzi wyrażające, co sprawia, że zmiana jest konieczna, pilna lub co czyni ją trudną

- „Stanowczo potrzebuję rzucić granie”.
- „Potrzebuję mniej pracować”.
- „To dla mnie dosyć ważne, aby zapanować nad seksem”.
- „Zdaje mi się, że muszę to ograniczyć”.
- „Potrzebuję trochę seksu, by móc żyć”.

Zobowiązanie do zmiany – oznacza zgodę na zmianę lub zobowiązanie do jej podjęcia

- „Gwarantuję, że to zrobię”.
- „Obiecuję, że podejmę te kroki, muszę uniknąć nawrotu”.
- „Sprawdzę, jakie są dostępne sposoby terapii dla hazardzistów”.
- „Wiem, że potrafię to zrobić”.
- „Jestem gotów wprowadzić zmiany w moim życiu”.
- „Planuję chodzić na spotkania grupy wsparcia dla osób uzależnionych od seksu, będę chodził trzy razy w tygodniu”.
- „Wierzę, że poradzę sobie z tym”.
- „Mam nadzieję, że już nigdy nie doprowadzę do sytuacji, w której praca jest dla mnie ważniejsza niż dzieci”.
- „W tym tygodniu postaram się ani razu nie zostać po godzinach w pracy”.
- „Zastanowię się nad tym, co tu omówiliśmy”.

Strategie ułatwiające wydobywanie i wzmacnianie „języka zmiany”:

- Zadawanie wydobywających pytań otwartych – to najprostszy sposób, aby poznać pragnienia, umiejętności, powody i potrzeby klienta (bo to przykłady „języka zmiany”).
- Sprawdzanie skrajności – dopytywanie klienta o to, co jego zdaniem jest największym zyskiem lub najbardziej negatywną konsekwencją wprowadzania lub niewprowadzania zmiany.
- Używanie skalowania – zadawanie pytań, które pozwalają zmierzyć motywację klienta pod kątem gotowości do zmiany, wagi zmiany, wiary w możliwość jej wprowadzenia itp.

- „Wskaż na skali od 1 do 10, na ile jesteś zdecydowany zmienić to zachowanie (np. ograniczyć granie)?” (gdzie 1 oznacza całkowity brak pewności, a 10 maksymalną pewność).

- „Biorąc pod uwagę to, co powiedziałeś do tej pory, określ na skali od 1 do 10, na ile w tej chwili czujesz, że masz siły, by wprowadzić zmianę tego zachowania (np. ograniczyć granie)?” (gdzie 1 oznacza brak siły, a 10 bardzo dużo siły).

A oto przykładowe rozmowy:

Pragnienie

Terapeuta: „Gdybyś miała ograniczyć swoje wizyty w solarium i tak intensywne opalanie się, po co miałabyś to robić?”

Klientka: „No cóż, mój lekarz robi mi wyrzuty, a ja zaczynam dostrzegać, że ma rację. Moja skóra coraz szybciej się starzeje, mam coraz więcej zmarszczek. Przestałabym doświadczać bolesnych pęknięć na skórze i myśleć stale o własnym wyglądzie”.

Zdolność

Terapeuta: „Wiem, że nie jesteś gotowy, by ograniczyć czas, który spędzasz przy komputerze. Co chciałbyś w tym zmienić i gdybyś miał to zrobić, to jakie kroki mógłbyś podjąć?”

Klient: „To będzie dla mnie bardzo trudne, bo kocham grać. Musiałbym zacząć od postawienia granicy i na przykład zaczynać grać dopiero po pracy”.

Powody

Terapeuta: „Jakie mógłbyś wymienić trzy powody przemawiające za zmianą twoich zwyczajów dotyczących pracy, jeśli zdecydowałbyś się coś zmieniać?”

Klient: „Ach, gdybyś spytał o to moją żonę, ona wymieniłaby co najmniej trzy! Znowu zaczęła mi wypominać. Twierdzi, że przestałem robić cokolwiek wspólnie z nią i z dziećmi przez to, że pracuję tak dużo. No i gdy o tym pomyślę, to okazuje się, że będę w podróży służbowej w czasie urodzin wszystkich moich dzieci w tym roku”.

Potrzeba

Terapeuta: „Jak ważna jest dla ciebie zmiana nawyków żywieniowych w tej chwili?”

Klient: „Nie bardzo”.

Terapeuta: „Co sprawia, że tak jest?”

Klient: „Mam tyle innych powodów, by martwić się zdrowiem”.

Terapeuta: Twoim zdaniem, to, jak się odżywasz, nie jest najważniejszą sprawą w tej chwili. Co musiałoby się stać, aby jedzenie stało się ważniejsze?”

Klient: „Myślę, że gdybym znowu miał atak cukrzycowy i spowodował wypadek, to bym się nad tym zastanowił”.

Zobowiązanie

Terapeuta: „Jak myślisz, co zrobisz w związku z tym jak często obstawiasz? Jakie masz pomysły?”

Klient: „Nie jestem pewien. Mogłbym zrobić tak jak mój kumpel i pójść na spotkanie anonimowych hazardystów, chociażby po to, żeby zobaczyć, jak takie spotkania wyglądają”.

Reagowanie na „język zmiany”

Gdy słyszysz język zmiany, oto jakie kroki możesz podjąć:

- Rozwijanie – poprosz o rozwinięcie wypowiedzi, o więcej szczegółów.
- „W jaki sposób?”
- „Jak chcesz to zrobić?” lub „Podaj konkretne przykłady”.
- „Jak do tego doprowadzisz?”
- „Podaj przykład”.
- „Co jeszcze?”
- Dowartościowanie, wzmocnienie „języka zmiany”, docenianie go i wspieranie.
- Odzwierciedlanie tego, co mówi klient.
- Podsumowanie wypowiedzi klienta, jakby wybierało się kwiaty do bukietu dla klienta. Sięganie tylko po pozytywne wypowiedzi (świeże piękne kwiaty).

Celem specjalisty jest wydobyć i wzmocnić „język zmiany” i „język zobowiązania”.

„Język zobowiązania”

„Język zobowiązania” zwiastuje zmianę zachowania. Wzmacnia się nawet drobne przejawy tego języka. Zadaniem terapeuty jest rozpoznanie, że słyszy „język zobowiązania” i umocnienie klienta w zobowiązaniu. Dostrzeganie „języka zmiany” wzmacnia „język zobowiązania”.

Zachowania, które pokazują, że osoba jest gotowa do zmiany:

- Mniejszy opór – klient przestaje się spierać, przerywać, zaprzeczać, zjawia się na spotkaniach, bierze w nich aktywny udział.

Najwyższy poziom	←-----	-----→	Najniższy poziom
- Gwarantuję - Będę - Obiecuję - Przysięgam - Daję słowo - Zapewniam - Decyduję, że - Wiem, że	- Jestem oddany temu pomysłowi - Zgadzam się, aby - Jestem przygotowany, aby - Mam zamiar - Jestem gotów, aby	- Czekam na to, żeby - Zgadzam się, aby - Planuję - Postanawiam - Spodziewam się, że - Przyznaję się, że - Deklaruję gotowość, aby	- Wolałbym - Popieram - Wierzę, że - Akceptuję - Jestem gotowa - Moim celem, jest - Proponuję - Mam - predyspozycje, aby - Zakładam - Przewiduję, że
			- Mam zamiar - Przewiduję - Wyobrażam sobie - Złożę się, że - Mam nadzieję - Podejmę ryzyko - Spróbuję - Pomyślę o - Wyobrażam sobie, że będę - Podejrzewam, że będę - Rozważam, aby - Zastanowię się nad tym

- Mniej pytań dotyczących zachowania, które ma zostać zmienione – odnosi się wrażenie, że klient ma wystarczająco dużo informacji na temat omawianego zachowania, przestaje zadawać pytania. Zdaje się, że ten temat został wyczerpany.
- Rozwiązanie – zdaje się, że klient znalazł rozwiązanie, może okazywać objawy ulgi i poruszenia.
- Zdania automotywuujące – klient wypowiada wprost zdania samomotywuujące, oddające jego zrozumienie sytuacji („Wydaje mi się, że to poważna sprawa”), zmartwienie („Martwię się tym”), otwartość na zmianę („Muszę coś z tym zrobić”), optymizm („Pokonam to”).
- Więcej pytań na temat zmiany – klient zadaje więcej pytań na temat tego, co może zrobić w związku z omawianym zachowaniem, jak inne osoby wprowadziły zmiany, może dopytywać, czy dana strategia lub sposób mogą być dobre dla niego.
- Wizualizacja – klient zaczyna opowiadać o tym, jak jego życie mogłoby wyglądać po wprowadzeniu zmiany, może omawiać trudności związane z wprowadzeniem zmiany oraz omawiać korzyści wynikające z jej wprowadzenia.
- Eksperymentowanie – jeśli klient ma czas między spotkaniami, może eksperymentować z różnymi podejściami do zmiany (np. chodzenie na spotkania grup wsparcia, powstrzymywanie się od grania przez kilka dni lub wcześniejsze powroty do domu z pracy; sięganie po książki, które opisują, jak wprowadzać zmianę).

BIBLIOGRAFIA

- Miller, W.R., Moyers, T.B. (2006). Eight Stages in Learning Motivational Interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5, 3–17.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ocena trafności stosowania dialogu motywującego

Superwizja, szkolenia i badania naukowe

5

DENISE ERNST, ANNA DERWICH
JADWIGA M. JARACZEWSKA, BEATA KITA
MAGDALENA POŁEĆ

Wprowadzenie

Włączanie w system istniejących programów terapeutycznych terapii o potwierdzonej wynikami badań skuteczności, takich jak dialog motywujący (DM), to złożony i długotrwały proces. W trakcie badań podejście terapeutyczne jest weryfikowane w kontrolowanych warunkach pracy ze ściśle określoną populacją. W rzeczywistości klinicznej DM prowadzony jest w różnych uwarunkowaniach, przez różnych specjalistów, w pracy z różnorodnymi klientami, którzy mają odmienne cele: od przezwyciężenia uzależnień behawioralnych po zapobieganie próchnicy u dzieci. W codziennej praktyce nie jest możliwe stworzenie kontrolowanych warunków badania, jednak ważne jest upewnienie się, że stosowana terapia jest dokładnie tą, której skuteczność potwierdziły badania.

Kluczowym punktem w procesie weryfikowania dokładności i wierności założeń określonej terapii jest zaprojektowanie i opisanie badań klinicznych. Albert Bellg wraz

z współpracownikami zaproponował, aby w badaniach weryfikować opis protokołu terapeutycznego, sposób szkolenia terapeutów, przeprowadzania terapii, reakcji klienta w trakcie terapii oraz tego, jak faktycznie z niej korzysta (zob. Bellg et al., 2004). Uznaje się, że są to kryteria pozwalające ustalić, że podjęta terapia zmierza w określony sposób do zamierzonego celu, a w efekcie wpływa na oczekiwaną zmianę zachowania.

Przenoszenie terapii na grunt praktyczny wymaga stworzenia narzędzi, które będą pozwalały mierzyć dokładność zastosowania terapii oraz jej efekty, ponadto narzędzia te powinny zawierać wskazówki dotyczące tego, jak przeprowadzać daną terapię (Davidson et al., 2003). Rozbudowane badanie obejmujące przegląd literatury z 10 lat na temat terapii zmierzających do zmiany zachowania pokazuje, że tylko w 55 procentach przypadków stosowano jakiekolwiek narzędzia potwierdzające dokładność terapii (Borrelli et al., 2005). Widać więc, jak trudnym zadaniem jest dostarczenie klientom w potrzebie terapii opartych na wynikach badań naukowych.

Ocena trafności stosowania dialogu motywującego

W przypadku dialogu motywującego jego zastosowanie w wielu obszarach klinicznych zostało poprzedzone rzetelnymi badaniami. Uzyskane wyniki pozwoliły zbudować ramy teoretyczne wyjaśniające, jak i dlaczego DM działa, a także ustalić, kiedy i w pracy z jakimi klientami może przynosić efekty oraz jak rozwinąć umiejętności konieczne do stosowania go. Przeprowadzono również metaanalizy pozwalające na zidentyfikowanie tych zmiennych, które muszą być uwzględnione w trakcie realizacji DM (Miller, Rose, 2009). Dokładna synteza tych danych wymaga wielkiego skupienia nad kwestiami precyzji i trafności stosowania terapii na każdym poziomie badań.

William Miller i Gary Rose (2009), rozwijając teorię DM, stawiali hipotezy i weryfikowali związki między zmiennymi wpływającymi na jego proces i efektywność. Wskazali dwa istotne elementy DM, z których pierwszy dotyczy charakteru relacji. Odwołuje się on do trafnego wyrażania empatii, tak jak to opisywał Carl Rogers, a co znane jest jako „duch DM”, czyli współpraca i partnerstwo z klientem, aktywne wspieranie autonomii i samostanowienia klienta oraz wydobywanie od klienta wypowiedzi o jego pragnieniach, celach, planach i zobowiązania do zmiany. Później do opisu ducha DM dodano atmosferę akceptacji i troski (Miller, Rollnick, 2014).

Drugi czynnik ma charakter techniczny i dotyczy wybiórczego wzmacniania, aktywnego wydobywania i systematycznego rozbudowywania własnych argumentów klienta za zmianą. Jednocześnie terapeuta stara się zmniejszyć moc i częstotliwość wypowiedzi przeciwko zmianie wygłaszanych przez klienta. Coraz więcej wyników badań potwierdza, że te dwa elementy, niezależnie od siebie, wzmacniają pożądane efekty (Romano, Peters, 2014; Magill et al., 2014).

W celu ułatwienia przeprowadzania badań zmierzających do rozwoju i weryfikowania teorii DM stworzono kilka narzędzi do oceny przebiegu terapii. Narzędzia te pozwalają zmierzyć stopień dokładności stosowanej terapii zarówno w badaniach, jak i w codziennej praktyce. Pierwsze narzędzie *Motivational Interviewing Skill Code* (MISC) stworzone zostało w celu oceny efektów szkolenia terapeutów. Obecnie istnieje wiele wersji MISC, a samo narzędzie nadal jest stosowane w szczegółowych badaniach nad procesem DM, mających wskazać szczególnie istotne elementy w nim, pozwala także na sekwencyjną analizę rozmów prowadzonych w DM.

MISC to złożone i czasochłonne narzędzie, które wymaga wielokrotnego przesłuchania sesji. Skala *Motivational*

Interviewing Treatment Integrity (MITI; Skala Spójności Dialogu Motywującego) została stworzona jako prostsze, a jednocześnie wiarygodne narzędzie, które mierzy mniej zmiennych niż MISC i skupia się na wypowiedziach terapeuty (Moyers et al., 2005). To narzędzie jest powszechnie stosowane i pozwala odpowiedzieć, w jakim stopniu przeprowadzona rozmowa spełnia wymogi DM.

MITI – opis skali i jej przeznaczenia

Najkrócej rzecz ujmując, twórcy skali MITI, w tym Denise Ernst, współautorka tego tekstu, przygotowali ją jako narzędzie służące do uzyskania odpowiedzi na pytanie, kiedy przeprowadzoną rozmowę można nazwać dialogiem motywującym. Rozmowa taka jest uznana za dialog motywujący, jeśli spełnia określone, szczegółowo opisane warunki wszystkich trzech kryteriów MITI. Skala wymaga od osoby oceniającej rozmowę (kodującej) odsłuchania 20-minutowego fragmentu sesji oraz zanotowania wniosków na specyficznym formularzu. MITI mierzy zarówno kwestie globalne, ważne dla ducha DM, na przykład empatię i współpracę, jak i konkretne wypowiedzi oferowane przez terapeutę, takie jak odzwierciedlenia, pytania czy podkreślanie autonomii. Skala zawiera również wyniki zbiorcze, takie jak: duch DM, stosunek odzwierciedleń do pytań i procent odzwierciedleń złożonych (badania pokazują, że te właśnie wskaźniki mają wpływ na osiągnięcia klientów). Ponadto skala zawiera wskazówki pozwalające określić stopień biegłości terapeuty w posługiwaniu się DM.

MITI została zaprojektowana w sposób, który pozwala na jej wykorzystanie w różnych kontekstach terapeutycznych, niezależnie od celu klienta oraz zawodu specjalisty. Pozwala sprawnie monitorować dokładność i wierność terapii z założeniami DM (Moyers et al., 2010).

Podobnie jak w przypadku MISC, skala MITI jest stosowana jako narzędzie ewaluacji w przypadku uczenia się DM. Miller i Rose (2009) zwracają uwagę, że szkolenie stanowi pierwszy krok w przygotowywaniu terapeuty do posługiwania się DM. Ważną rolę w zachowaniu dokładności terapii odgrywa również wspieranie dalszego zdobywania umiejętności przez terapeuta i dbanie o minimalizowanie ryzyka zanikania z czasem zdobytych umiejętności (Bellg et al., 2004). MITI jest szczególnie użyteczna w tej kwestii. Jest szeroko stosowana w pracy superwizyjnej, tj. w dostarczaniu terapeutom konkretnej informacji zwrotnej na temat ich umiejętności i postępów w nauce. Praktyka udzielania szczegółowej informacji zwrotnej dotyczącej DM okazuje się bardzo istotna dla wzmacniania procesu uczenia się i rozwijania umiejętności (Schwalbe, Oh, Zweben, 2014; Miller et al., 2004).

Skala MITI jest również stosowana w celu oceny zdemonstrowanego przez terapeuta poziomu umiejętności, który – jeśli spełnia odpowiednie kryteria – pozwala uzyskać dostęp do bardziej zaawansowanych szkoleń z zakresu DM, włączając w to organizowane przez Motivational Interviewing Network of Trainers (Międzynarodowe Towarzystwo Trenerów DM, MINT) warsztaty *Training for New Trainers* (warsztaty dla nowych trenerów, TNT), których ukończenie jest warunkiem niezbędnym do przyjęcia do Towarzystwa.

MINT zakłada również wykorzystanie MITI w przyszłości, w procesie przyznawania certyfikatów dla trenerów DM (w MINT toczą się już intensywne prace w tej kwestii i jedna z polskich terapeutek DM, współautorka tego tekstu, została przez MINT zaproszona do współpracy w tworzeniu systemu certyfikacji).

Skala MITI jest narzędziem ogólnodostępnym. Można ją pobrać ze strony <http://www.motivationalinterviewing>.

org/content/miti-3.1 i miti-4.1. Jednak do właściwego posługiwania się nią niezbędny jest odpowiedni trening i praktyka.

Skala MITI jest narzędziem, którego nauczanie się wymaga sporo systematycznego wysiłku i czasu. Poza doświadczonymi klinicystami wykorzystującymi skalę w pracy superwizyjnej skali MITI uczą się też osoby, które nie znają DM, a pełnią wyłącznie funkcję osób kodujących, co ma zastosowanie w pracy badawczej. Zgodnie ze stwierdzeniem Williama Millera z dnia 9 października 2013 roku podczas warsztatów dla trenerów TNT w Krakowie, średnio „zajmuje [to] około czterech miesięcy stałej pracy i szkolenia”.

Formułowanie informacji zwrotnej za pomocą MITI

Wspomniana wyżej szczegółowość skali MITI wymaga z jednej strony dużych umiejętności, by się nią posługiwać, z drugiej daje niezwykle możliwości, jeśli chodzi o przygotowanie precyzyjnej i zrozumiałej informacji zwrotnej dla osoby superwizowanej na temat jej umiejętności DM. Skala MITI służy bowiem nie do wystawienia oceny, czy ktoś postępuje „źle” czy „dobrze”. To narzędzie pozwala dostrzec każdy przejaw biegłości specjalisty w posługiwaniu się dialogiem motywującym. Pozwala też jasno wskazać, które działania specjalisty wymagają poprawy i ułatwia sformułowanie wskazówek, jak tej poprawy dokonać. A zatem nie jest to narzędzie oceniające, rozumiane w tradycyjny sposób. Znaczenie istotniejsze dla autorów skali ma stworzenie precyzyjnych wskazówek, które pozwolą dostrzec i wzmocnić konkretne umiejętności, tym samym wspierając rozwój specjalisty. Co ważne, w przypadku wątpliwości zawsze jest ona rozstrzygana na korzyść osoby prowadzącej rozmowę. W ten sposób to narzędzie do ustalenia, w jakim stopniu prowadzona

rozmowa spełnia kryteria dialogu motywującego, samo w sobie jest odzwierciedleniem ducha DM.

Informacja zwrotna sformułowana na podstawie kryteriów MITI jest zbiorem wskazówek. Dzięki temu uszanoszana zostaje autonomia specjalisty. Dodatkowo zostaje on zachęcony do współpracy w tym sensie, że od niego zależy, jak do tych informacji się odniesie.

Podczas superwizji przekazanie opinii o jakości interakcji między specjalistą a klientem oparte jest na ścisłych wskazówkach. Odnosząc się do tzw. ocen globalnych, jest ważne, aby specjalista jak najszerszej mógł zobaczyć, w jaki sposób wyraża ducha dialogu motywującego.

Kolejnym krokiem jest udzielenie informacji zwrotnej na podstawie analizy poszczególnych wypowiedzi specjalisty. Wspólne przyglądanie się wynikom jego określonych działań winno być nie tylko precyzyjnym wskazaniem ilości poszczególnych kategorii wypowiedzi, ale również okazją do wydobywania od specjalisty pomysłów na dalszą pracę własną nad poszczególnymi metodami (por. tabele 1 i 2).

Tabela 1. Kategorie wypowiedzi – część I

Udzielanie informacji	● Jak często, w jakich momentach terapeuta edukował, udzielał informacji, dostarczał informacji zwrotnej lub udostępniał informacje o sobie? Na ile było to zgodne z duchem DM?
Pytania zamknięte	● Jak liczne były pytania zamknięte? Na ile ich zadanie było pomocne w przybliżeniu perspektywy klienta? Jaki terapeuta ma pomysł na ich ewentualne przeformułowanie?
Pytania otwarte	● Jak liczne były pytania otwarte? Na ile ich zadanie było pomocne w przybliżeniu perspektywy klienta? Na ile pytanie było pomocne w zwiększeniu wglądu klienta?

Tabela 2. Kategorie wypowiedzi – część II

Odzwierciedlenia proste	● Jak liczne są to odzwierciedlenia? W jaki sposób specjalista mógłby przeformułować odzwierciedlenie w złożone, by ukierunkować klienta na zachowanie docelowe?
Odzwierciedlenia złożone	● Jak liczne są to odzwierciedlenia? W jaki sposób podkreślają istotne znaczenie lub wypowiedź klienta? W jaki sposób ukierunkowują rozmowę?
Wypowiedzi zgodne z DM / niezgodne z DM	● Jak często i w jakich momentach specjalista podkreśla kontrolę klienta, dowartościowuje klienta, wyraża zrozumienie lub pyta o zgodę na udzielenie informacji? ● Jak często i w jakich momentach udzielił informacji bez pytania o zgodę, próbował kierować klientem poprzez nakazywanie, konfrontowanie, zawstydzanie, etykietowanie czy moralizowanie?

Informacja zwrotna dotycząca umiejętności specjalisty przygotowywana jest często w formie pisemnej, z uwzględnieniem opisanych powyżej elementów. Odnosi się również do celu zmiany (zadaniem osoby przedstawiającej nagranie do oceny jest określenie celu zmiany, której poświęcona jest rozmowa, na przykład klientowi zależy na skróceniu czasu pracy). Podaje się również przykłady tzw. wypowiedzi niezgodnych z dialogiem motywującym (za takie uznawane jest kierowanie decyzjami klienta czy brak zapytania o zgodę w sytuacji, gdy specjalista chce udzielić porady), jeśli takie wystąpiły.

Końcowe podsumowanie ukazuje średni wynik ocen globalnych oraz procentowe wyniki poszczególnych kategorii wypowiedzi specjalisty. Jednocześnie w podsumowaniu zawarte są informacje na temat wyników, w zależności od stopnia zaawansowania specjalisty w dialogu motywującym

(„kompetencje na poziomie podstawowym”, „kompetencje na poziomie biegłym”).

Część opisowa prezentuje mocne strony pracy specjalisty oraz obszary do rozwoju – wszystkie poparte konkretnymi przykładami zaczerpniętymi z zaprezentowanego nagrania. Przekazywanie pełnych informacji zwrotnych (ustnie lub pisemnie) formułuje się zgodnie z zasadą udzielania informacji w dialogu motywującym, a samo meritum składa się w zgrabną tzw. kanapkę, złożoną: z elementów, które superwizor chce dowartościować; elementów, nad którymi uważa, że warto wspólnie popracować; i na koniec ponownie z elementów, które wyrażają mocną stronę pracy specjalisty.

Warto dodać, iż niezwykle cenne dla samego superwizora będą oczywiście w trakcie superwizji informacje zwrotne uzyskane od specjalisty. Ukażą one między innymi charakter współpracy w trakcie superwizji oraz na ile umiejętnie superwizor wspierał autonomię specjalisty.

Istotną kwestią, którą warto tutaj wspomnieć, są pewne obserwacje kliniczne dotyczące prowadzenia superwizji w duchu dialogu motywującego, a mianowicie, że proces superwizji terapii różnych podejść (np. poznawczo-behawioralnej), prowadzony w duchu DM, może bardzo zyskać na wartości (por. Jaraczewska, Adamczyk-Zientara, Bui Ngoc, 2013). Podczas szkolenia superwizorów, które łączyło wiedzę z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej z duchem i metodami dialogu motywującego, odnotowano kilka ciekawych obserwacji. Znacząco spadał poziom frustracji i bezradności wśród terapeutów poddawanych superwizji poznawczo-behawioralnej w stylu DM, natomiast poziom motywacji i tempo wprowadzanych zmian u ich pacjentów wzrastały.

Tabela 3. Przykładowa ocena za pomocą skali MITI

Cel behawioralny: skrócenie czasu pracy

Oceny globalne

Wywoływanie				
1	2	3	4	5
Współpraca				
1	2	3	4	5
Wspieranie autonomii				
1	2	3	4	5

Duch DM =

(Wywoływanie + Współpraca + Wspieranie autonomii)/3 = **4,66**

Oraz:

Ukierunkowywanie				
1	2	3	4	5
Empatia				
1	2	3	4	5

Kategorie wypowiedzi

Zachowania specjalisty	Wynik całkowity
Udzielanie informacji	0
Zgodne z DM (pytanie o zgodę, dowartościowanie, podkreślanie kontroli klienta, wyrażanie zrozumienia)	3
Niezgodne z DM (doradzanie, konfrontowanie, kierowanie)	0
Pytania zamknięte	3
Pytania otwarte	3
Odzwierciedlenia proste	2
Odzwierciedlenia złożone	4

Podsumowanie skal

Skala	Kompetencje na poziomie podstawowym	Kompetencje na poziomie biegłym	Ocena specjalisty
Ogólna ocena ducha DM	Średnia 3,5	Średnia 4	4,66
Proporcja odzwierciedleń do pytań	1:1	>2:1	1:1
% odzwierciedleń złożonych	40%	50%	66,6%
% pytań otwartych	50%	70%	50%

Mocne strony specjalisty (z uwzględnieniem przykładów)

Wśród wypowiedzi mocno zaznaczają się dowartościowania i akceptująca postawa.

Jakie to ważne, co powiedziałaś, że ten taniec byłby takim pierwszym krokiem uczenia się zachowywania właśnie tej równowagi między życiem zawodowym a życiem osobistym. Byłoby takim walczeniem, tak jak to nazwałaś, walczeniem o samą siebie, o ten czas dla siebie.

Jakie to ważne, o czym mówisz, że jest w tobie właśnie taka potrzeba pełnego rozwijania siebie.

Odzwierciedlenia złożone wydobywają nowy aspekt wypowiedzi klientki, inspirują do rozwijania wypowiedzi.

Terapeutka nie wprost podkreśla autonomię klientki – robi to poprzez pytanie o jej własne cele, wartości, pomysły, jak wprowadzić zmianę.

Chciałabym ciebie zapytać, jeśli pozwolisz, jaki jest twój cel, jaka jest twoja wartość, do której zmierzasz?

Najważniejsze obszary do poprawy

Zbyt obszerne podsumowania, powtarzanie wcześniej wydobytych i odzwierciedlonych wątków. Dobrze byłoby stosować więcej pytań otwartych. Warto też unikać pytań potwierdzających prawidłowość odzwierciedlenia: „prawda?”.

Czyli mówisz o tym, że praca właściwie pozwala tobie na to, że możesz zaspokoić swoje potrzeby, że w pewnym sensie daje ci poczucie bezpieczeństwa, że też daje satysfakcję, wtedy kiedy wychodzi, prawda?

Terapeutka posłużyła się jedynie kilkunastoma istotnymi dla DM wypowiedziami, pozostawiając dużo przestrzeni klientce. Warto byłoby nieco częściej odzwierciedlać wypowiedzi klientki, na przykład we fragmencie dotyczącym pozytywnych stron pracy i celu.

Na wyróżnienie zasługuje to, że terapeutka uważnie słuchała, ukierunkowując rozmowę, wydobywając „język zmiany”.

Stosowanie skali MITI w Polsce

William R. Miller i Stephen Rollnick – twórcy DM – podkreślają, że dialog motywujący jest prosty w zrozumieniu, natomiast wymagający w praktycznym stosowaniu (Miller, Rollnick, 2014). Obok nabywania wiedzy niezbędne jest zatem systematyczne dzielenie się swoimi doświadczeniami w stosowaniu DM i uzyskiwanie informacji zwrotnych na temat swoich kompetencji. Efektywność DM zależy od umiejętnego używania modelu przez specjalistów DM, a ta z kolei od systemu wspierającego rozwój oraz utrwalanie tych umiejętności.

Kiedy pierwsza polska członkini MINT rozpoczęła prowadzenie w Polsce szkoleń DM, chodziło jej o stworzenie systemu kursów o możliwie jak najwyższej jakości,

gwarantujących utrwalenie wiedzy i – przede wszystkim – umiejętności. Bardzo szybko okazało się, że krótkie dwudniowe czy czterodniowe szkolenia dają orientację, czym jest DM i jakie przyświecają mu zasady, ale nie są wystarczające do uzyskania umiejętności przydatnych do wykorzystania w różnych sytuacjach zawodowych. Wpadła więc ona na pomysł prowadzenia dłuższych szkoleń, które obejmowałyby część dydaktyczną (aspekt budowania wiedzy na temat DM i rozwijania specyficznych umiejętności) oraz część superwizyjną. W tym celu wzięła wcześniej udział w kilkutygodniowym kursie MITI prowadzonym w USA, w efekcie czego sama zaczęła wykorzystywać MITI do udzielania informacji zwrotnych superwizowanym przez nią psychologom, psychiatrom, psychoterapeutom. Zachęcona ich pozytywnymi reakcjami zorganizowała pierwszy w Polsce kurs doskonalenia umiejętności superwizyjnych w DM dla jednych z najbardziej doświadczonych w tym podejściu osób (zarazem posiadających certyfikaty psychoterapii i też często certyfikaty superwizji). Kurs MITI polegał między innymi na odsłuchiwaniu licznych nagrań (zarówno w języku angielskim, jak i polskim). W ramach kursu odbywała się żmudna (ale i bardzo ciekawa!) praca związana z uczeniem się wrażliwości na niuanse DM i analizowania wypowiedzi specjalisty.

Skala MITI wydaje się prostym narzędziem, jednak w praktyce okazuje się wymagającym sposobem pracy. Trzeba nauczyć się i w praktyce stale monitorować przyjęty przez autorów skali system oceniania wypowiedzi specjalisty, odrzucać wszelkie inne skojarzenia, wreszcie metodycznie wyznaczać oceny prowadzonej rozmowy.

Prowadzone w ramach Studium Dialogu Motywującego (założonego w 2010 r. przez Igę Jaraczewską) zajęcia superwizyjne okazały się bardzo pomocne. Zgodnie z potrzebami uczestników szkoleń były sukcesywnie wydłużane (obecnie

stanowią ¼ część całego szkolenia i zgodnie ze stanowiskiem Komisji Naukowo-Dydaktycznej Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, wyrażonym w sprawozdaniu za 2014 rok, zajęcia superwizyjne powinny być istotnym elementem szkoleń prowadzących do uzyskania certyfikatu terapeuty motywującego PTTM).

Umiejętność prowadzenia superwizji oraz udzielania szczegółowej informacji zwrotnej w oparciu o skalę MITI pomaga w doskonaleniu kompetencji w stosowaniu DM. Podczas superwizji ważne jest przekazywanie jak najbardziej precyzyjnych informacji zwrotnych. Wiadomo – siła skuteczności DM wynika zarówno z ducha rozmowy (klimatu, sposobu traktowania klienta), ale też z umiejętnego wykorzystywania niuansów (tonu głosu, atmosfery rozmowy, układu słów w wypowiedzi, ilości i jakości odzwierciedleń itp.). Te wszystkie elementy wychwytuje skala MITI.

W ramach Studium Dialogu Motywującego zaczęto wykorzystywać MITI do oceny kompetencji uczestników w zakresie DM. Osoby szkolące się uzyskiwały informacje o bieżącym poziomie swoich umiejętności, umożliwiające tworzenie indywidualnych planów doskonalenia warsztatu oraz monitorowanie postępów. Przeprowadzenie oceny za pomocą skali MITI umożliwiło ocenę kompetencji osób kończących szkolenie oraz stało się ważnym kryterium w procesie certyfikowania terapeutów motywujących PTTM.

Współpraca z międzynarodowym „laboratorium MITI”

Organizując kurs MITI w Polsce, brano też pod uwagę potrzeby przygotowywania polskich praktyków DM do aplikowania do MINT. Wiadomo było, że docelowo MINT będzie potrzebować osób do oceny i weryfikacji polskich nagrań kandydatów do TNT. Trzeba było wyszkolić osoby, które w przyszłości mogłyby podjąć się tego ważnego zadania.

MINT jest organizacją międzynarodową, zrzeszającą ludzi z ponad 36 krajów, i co roku organizuje szkolenia dla nowych trenerów DM, które na przemian odbywają się w Ameryce Północnej oraz w Europie. Uczestnicy przybywają z całego świata, posługują się różnymi językami i różne języki wykorzystują w pracy klinicznej (w trakcie warsztatów TNT w 2014 roku przeprowadzono oceny nagrań aż w 14 językach!). W celu zapewnienia trafnej i wiarygodnej oceny MINT powołuje tzw. laboratorium MITI (ang. *coding lab*, grupę osób dokonujących oceny skalą MITI), które nadzoruje i zarządza procesem oceny nagrań kandydatów na nowych trenerów. „Laboratorium” jest odpowiedzialne za monitorowanie i dbanie o wiarygodność oceny, rekrutację na TNT oraz współpracę z zagranicznymi oceniającymi i laboratoriami kodującymi, aby zapewnić wiarygodność ocen w innych językach niż angielski.

W ramach MINT istnieje również naukowy panel doradczy. Jego celem jest wspieranie skomplikowanego zadania, jakim jest zapewnienie trafnego posługiwania się skalą MITI, niezależnie od kultury i języka. Zadaniem tego zespołu jest uważna ocena kwestii związanych z tłumaczeniem narzędzi służących do dokonywania oceny, szkolenia osób, które się tymi narzędziami posługują, ustalanie i podtrzymywanie wiarygodności i trafności ocen oraz wspieranie zarządu MINT i członków organizacji w wysiłku dbania o jakość DM.

W 2013 roku warsztaty TNT organizowane przez MINT odbywały się w Krakowie. W związku z tym do tradycyjnych grup uczących się w języku angielskim dołączono grupę polskojęzyczną. To wiązało się z koniecznością stworzenia „polskiego laboratorium” (polskiej grupy osób posługujących się skalą MITI). Proces tworzenia tej grupy został opisany poniżej i obecnie służy jako przykład dla tworzenia podobnych laboratoriów w przyszłości. Ten

model sprawdzony w Polsce jest obecnie stosowany podczas tworzenia grup specjalistów posługujących się skalą MITI w innych krajach.

Powstanie polskiego „laboratorium MITI”

Powstanie polskiego „laboratorium MITI” wiązało się z następującymi działaniami:

- Przed otwarciem procesu aplikacyjnego na warsztaty TNT:
 - szkolenie dotyczące skali MITI zorganizowane w Polsce,
 - przetłumaczenie skali MITI na język polski w 2012 r.,
 - zastosowanie skali MITI w praktyce klinicznej i superwizyjnej.
- Otwarcie procesu aplikacyjnego na warsztaty TNT:
 - Wybór członków „laboratorium MITI”.
 - Przeprowadzanie próbnych ocen w języku angielskim w celu ustalenia wzoru oceny (oceny przygotowywane były indywidualnie przez osoby oceniające oraz poddawane grupowej dyskusji).
 - Przeprowadzenie próbnych ocen w języku polskim (osób nieaplikujących na TNT).
 - Prace pierwszych osób aplikujących na TNT kodowane były przez wszystkich kodujących, którzy następnie w dyskusji ustalali wspólną ocenę.
 - Kolejne nagrania były przydzielane poszczególnym kodującym. Chociaż obowiązywała zasada poufności, dążono do tego, by nikt nie oceniał nagrania znanych sobie osób. Większość nagrań oceniana była przez dwóch kodujących, którzy następnie w dyskusji uzgadniali wspólną opinię.
 - Informacja zwrotna (wyniki i wskazówki) tłumaczona była następnie na język angielski, aby mogła zostać oceniona przez międzynarodowy zespół przyjmujący zgłoszenia na TNT i podejmujący ostateczną decyzję o przyjęciu kandydata na TNT.

Utrzymanie umiejętności trafnego i wiarygodnego dokonywania oceny nagrania wymaga stałej pracy i praktyki. Polskie „laboratorium MITI” ma wiele do zaoferowania osobom stosującym DM oraz organizacjom dbającym o jego wprowadzanie.

Miło nam poinformować, iż po opisanych wyżej doświadczeniach w ramach polskiego „laboratorium MITI”, organizacja MINT zachęca inne narodowości do korzystania z pomocy podobnych laboratoriów w ramach szkoleń i systematycznego, lokalnego wspierania procesu rozwijania umiejętności DM. Przykładem może być Szwecja, która wypromowała całkowicie nowy model, oferując ocenę skali MITI każdej osobie, która zgłosi swoją pracę. Planowane przez MINT wprowadzenie certyfikatów będzie również wymagało przedstawienia na podstawie skali MITI dowodu biegłości w DM.

Skala MITI w Polsce – perspektywy na przyszłość

Co czeka w przyszłości polskie „laboratorium MITI”? W trakcie ocen przygotowywanych do tej pory wykorzystywano skalę MITI w wersji 3.1.1. Pod koniec 2014 roku opublikowana została nowa wersja – MITI 4.1 (Moyers, Manuel, Ernst, 2014). Wprowadzono w niej istotne zmiany, które są wynikiem najnowszych badań nad teorią DM. Podstawowe rozszerzenia skali dotyczą większej wagi komponentów technicznych w DM oraz wprowadzenia nowych skali globalnych: rozwijanie „języka zmiany” (*Cultivating Change Talk*, CCT) oraz osłabianie „języka podtrzymania” (*Softening Sustain Talk*, SST). Włączenie tych elementów to ważny krok w kierunku wychwycenia tego, w jakim stopniu terapeuta reaguje na język klienta, sygnalizujący zarówno gotowość, jak i brak gotowości do zmiany. Krok ukazujący wagę języka zmiany i potwierdzający przydatność wyników

psycholingwistycznych badań prowadzonych w ramach DM. Polskie „laboratorium MITI” działające przy MINT nie próżnuje – przygotowuje się do tłumaczenia skali MITI 4.1 oraz szkoleń w zakresie posługiwania się nią, aby skutecznie wspierać dalszy rozwój DM w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- Bellg, A.J. et al. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23(5), 443–451.
- Borrelli, B. et al. (2005). A new tool to assess treatment fidelity, and assessment of treatment fidelity across ten years of Health Behavior Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 852–60.
- Davidson, K.W. et al. (2003). Evidenced-based behavioral medicine: What is it and how do we achieve it? *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161–171.
- Jaraczewska, I., Adamczyk-Zientara, M., Bui Ngoc, A. (2013). *Combining elements of MI with CBT supervision – some cultural aspects*. Poster prezentowany na 43 Kongresie European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Marrakesz, Maroko, 25–28.09.
- Magill, M. et al. (2014). The technical hypothesis of motivational interviewing: A meta-analysis of MI's Key Causal Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 973–983.
- Miller, W.R., Rose, G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Mount, K.A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457–471.
- Miller, W.R. et al. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn Motivational Interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050–1063.

- Moyers, T.B. et al. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19–26.
- Moyers, T.B. et al. (2010). *The Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1 (MITI 3.1.1)*. Dostępny w Internecie: <<http://casaa.unm.edu/download/miti3.pdf>>.
- Moyers, T.B., Manuel, J.K., Ernst, D. (2014). *Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.0*. Niepublikowany podręcznik.
- Romano, R., Peters, L. (2014). Understanding the process of motivational interviewing: A review of the relational and technical hypotheses. *Psychotherapy Research*, 10, 1–21.
- Schwalbe, C.S., Oh, H.Y., Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109, 1287–1294.

Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych

6

Badania naukowe i wskazówki praktyczne

JADWIGA M. JARACZEWSKA, MAŁGORZATA
ADAMCZYK-ZIENTARA, JAROSŁAW BANASZAK

Niniejszy tekst odnosi się zarówno do praktyki klinicznej, jak i praktyki badawczej dotyczącej problematyki stosowania dialogu motywującego (DM) w pracy z osobami z problemem uzależnień behawioralnych. Podzielony jest na dwie części. Każda z nich omawia specyficzną tematykę – pierwsza opisuje najnowsze badania nad skutecznością DM w pracy z osobami z uzależnieniami behawioralnymi, druga zawiera konkretne wskazówki, jak integrować DM z obecnie funkcjonującymi w Polsce programami terapeutycznymi. Takie zintegrowanie treści stanowi ilustrację, w jaki sposób teoria i praktyka DM stosowane w pracy z osobami z uzależnieniami behawioralnymi tworzą spójną całość.

Badania nad skutecznością DM w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie

Literatura dotycząca zastosowania dialogu motywującego w dziedzinie uzależnień od substancji jest niezmiernie bogata i potwierdza jego skuteczność (por. Miller, Forcehimes,

Zweben, 2014; Miller, Rollnick, 2014; Jaraczewska, 2009). W tym obszarze dialog motywujący zdobył w wielu krajach już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku pozycję metody zalecanej jako jedna z najefektywniej pomagających zmieniać niekorzystne zachowania związane z nadużywaniem substancji. Również w Polsce od pewnego czasu obserwuje się rosnące zainteresowanie dialogiem motywującym. Jest on obecnie wprowadzany do obowiązkowego szkolenia w zakresie terapii uzależnień. Już w 2010 roku Krzysztof Brzózka, dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), w swojej wypowiedzi odnoszącej się do Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2016 podkreślił potrzebę rozszerzenia oferty pomocy osobom nieuzależnionym i uzależnionym, wykorzystując bardziej między innymi metodę dialogu motywującego (Brzózka, 2010).

W porównaniu do literatury na temat stosowania DM w terapii osób uzależnionych od substancji, literatura dotycząca zastosowania tego podejścia w terapii uzależnionych behawioralnie jest stosunkowo uboga. Można tu spotkać przede wszystkim badania (w tym randomizowane) dotyczące skuteczności DM w pracy z osobami zgłaszającymi się po pomoc z powodu patologicznego lub problemowego hazardu (Carlbring et al., 2010; Carlbring, Smit, 2008; Diskin, Hodgins, 2009; Hodgins, Currie, el-Guebaly, 2001; Hodgins et al., 2004; Hodgins, Ching, McEwen, 2009; Hodgins et al., 2009; Kuentzel et al., 2003; Oei, Raylu, Casey, 2010; Petry et al., 2008; Wulfert et al., 2006). Efektywność zastosowania dialogu motywującego w pracy z osobami z uzależnieniami behawioralnymi badana była również w odniesieniu do uzależnienia od Internetu (Shek, Tang, Lo, 2009; Su et al., 2011; Van Rooij et al., 2012). Spotkać można także próby wprowadzenia DM do pracy z osobami z uzależnieniem od

seksu (Del Giudice, Kutinsky, 2007). Pojawiają się pierwsze obiecujące próby zastosowania DM w terapii osób z problemem kompulsyjnego kupowania (Donahue, Odlaug, Grant, 2011; Benson, Eisenach, 2013).

Istotne wydaje się podkreślenie, iż w literaturze dotyczącej terapii osób z uzależnieniami behawioralnymi często pojawiają się doniesienia o łączeniu terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) z dialogiem motywującym. Warto wspomnieć, że terapia poznawczo-behawioralna jest obecnie uznawana za jedną z najbardziej skutecznych form pomocy opartej na wynikach badań w odniesieniu do grupy osób z problemem uzależnień behawioralnych (Fong, Reid, Parhami, 2012). W niektórych opisach interwencji zastosowanych w badaniach dialog motywujący jest traktowany wręcz jako integralna część terapii poznawczo-behawioralnej (por. Carlbring, Smit, 2008; Oei, Raylu, Casey, 2010). Czasami oparta na dialogu motywującym krótka interwencja poprzedza stosowanie TPB (Hodgins, Currie, el-Guebaly, 2001; Hodgins et al., 2004), a czasem stosowana jest jako konkurencyjna forma pomocy (Carlbring et al., 2010). Niektórzy badacze stosują dialog motywujący w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie w jego wczesnej formie, czyli terapii motywującej (MET)*.

Przykładem tego ostatniego zastosowania mogą być badania Hodginsa i zespołu (Hodgins, Currie, el-Guebaly,

* Terapia motywująca, zwana też terapią wzmacniającą motywację (*motivational enhancement therapy, MET*) to metoda łącząca kliniczny styl DM z udzielaniem informacji zwrotnych na temat diagnozy (np. nasilenia uzależnienia). Podejście to było stosowane m.in. w projekcie MATCH, którego celem było dopasowanie odpowiednich metod terapeutycznych do uczestników badania dotyczącego uzależnienia od alkoholu (Miller, Rollnick, 2014).

2001; Hodgins et al., 2004), w których porównywano skuteczność oddziaływań między trzema grupami osób (ogółem 102 osoby) z problemem patologicznego hazardu. W dwóch z nich losowo pogrupowani uczestnicy otrzymywali pocztą samopomocową książkę z ćwiczeniami opartą na TPB, przy czym z jedną z grup dodatkowo przeprowadzona była rozmowa telefoniczna (20–45 minut) zgodna z założeniami MET. Trzecia grupa – kontrolna – była wpisana na listę oczekujących (po 30 dniach również jej uczestnicy byli losowo przypisani do jednej z dwóch grup z podręcznikiem i przechodzili całą procedurę). Lepsze efekty w przewyżczeniu zachowań hazardowych wykazywali początkowo uczestnicy z grupy MET, ale po 12 miesiącach wyniki obu grup, które otrzymały podręcznik, były na podobnym poziomie (nastąpiła znacząca redukcja problemowych zachowań, w niektórych przypadkach dochodziło do całkowitej abstynencji), co według autorów potwierdza efektywność stosowania interwencji opartych na rozmowach telefonicznych i wysyłaniu materiałów do pracy własnej (Hodgins, Currie, el-Guebaly, 2001).

W dodatkowym badaniu długofalowych efektów tych interwencji – przeprowadzonym po 24 miesiącach od rozpoczęcia procedury – uzyskano wyniki potwierdzające zyski z zastosowania krótkiej rozmowy opartej na MET. Pomimo iż grupy, które otrzymały podręcznik, nie różniły się między sobą pod względem liczby osób deklarujących 6-miesięczną abstynencję hazardową, to uczestnicy grupy z MET znacząco mniej czasu i pieniędzy poświęcali graniu oraz wykazywali istotnie niższe wyniki na skali służącej do oceny nasilenia problemu hazardu – *South Oaks Gambling Screen* (SOGS, autorzy: Lesieur i Blume) (Hodgins et al., 2004).

Połączenie dwóch podejść terapeutycznych – dialogu motywującego z poznawczo-behawioralnym – może przynieść jeszcze inne dodatkowe zyski, a mianowicie umożliwia

utrzymanie klientów uzależnionych od hazardu w terapii oraz w trakcie dalszej oceny jej efektów i odsetek tego utrzymania jest znacznie wyższy niż w grupie poddawanej standardowym oddziaływaniom (Wulfert et al., 2006).

Kolejnym przykładem zastosowania dialogu motywującego w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną może być badanie Carlbringa i Smita (2008), w którym oceniano efekty terapii prowadzonej głównie za pośrednictwem Internetu. Uczestnicy grupy eksperymentalnej otrzymywali samopomocowe podręczniki terapii, a kontakt z terapeutą (np. informacje zwrotne dotyczące prac domowych) odbywał się głównie za pomocą e-maili. Raz na tydzień miała miejsce krótka (około 15-minutowa) rozmowa telefoniczna z terapeutą. Istotny jest fakt, iż podręcznik terapii składał się z ośmiu modułów, z których pierwsze cztery, służące budowaniu motywacji, oparte były na założeniach dialogu motywującego, a pozostałe cztery – na terapii poznawczo-behawioralnej. Wyniki uzyskane przez osoby z grupy poddanej interwencji wskazują na znaczącą (i utrzymującą się nawet po 36 miesiącach od interwencji) poprawę w stosunku do stanu początkowego w zakresie nasilenia patologicznego hazardu, ogólnego poziomu lęku, depresji i jakości życia (Carlbring, Smit, 2008).

Stopniowo wśród prowadzących pracę z osobami uzależnionymi od hazardu pojawia się coraz więcej doniesień na temat wykorzystywania oddziaływań opartych na dialogu motywującym, w których przeprowadza się kilka sesji DM zarówno w połączeniu z innymi formami, na przykład farmakoterapią (Kuentzel et al., 2003), jak i jako samodzielne interwencje. Przykładem badania dotyczącego skuteczności zastosowania dialogu motywującego jako samodzielnej interwencji może być randomizowane badanie Diskin i Hodginsa (2009), w którym porównywano efekty przeprowadzenia jednej sesji DM do zwykłego standaryzowanego

wywiadu diagnostycznego. Objęto nim 81 osób uzależnionych od hazardu. Uczestnicy otrzymywali również samopomocowy podręcznik dotyczący przezwycięzania problemów z hazardem. Efekty interwencji oceniano kilkakrotnie (aż do 12 miesięcy po niej) i stwierdzono, że grupa osób, które przeszły sesję DM, znacząco zredukowała zachowania hazardowe – poświęcały one mniej dni i pieniędzy na granie oraz zgłaszały mniejszy poziom dystresu niż osoby z grupy po standaryzowanym wywiadzie diagnostycznym (Diskin, Hodgins, 2009).

Innym przykładem badań nad skutecznością samego dialogu motywującego może być randomizowane badanie (Carlbring et al., 2010), w którym porównywano skuteczność dwóch interwencji: jednej składającej się z ośmiu 3-godzinnych sesji grupowych TPB (średnia liczba uczestników w jednej sesji wynosiła 3,1) i drugiej – z czterech indywidualnych sesji DM. Uczestnikami badania były osoby z problemowymi lub patologicznymi zachowaniami hazardowymi. Uzyskano wyniki wskazujące na podobną skuteczność obu form interwencji, jednak dialog motywujący okazał się znacznie korzystniejszy, ponieważ terapia prowadzona tą metodą trwała krócej (Carlbring et al., 2010). Istotnym elementem podwyższającym jakość wyników w tym badaniu może być fakt wykorzystania skali MITI do oceny pracy terapeutów prowadzących DM (zob. s. 100).

Za niższymi kosztami stosowania DM przemawiają również wyniki wspomnianego wcześniej badania Diskin i Hodginsa (2009), w którym oceniano skuteczność jednej sesji DM. Kwestia długości interwencji (a więc i jej kosztów) opartych na dialogu motywującym była też przedmiotem badań Davida Hodginsa z zespołem (2009). W badaniu tym w dwóch grupach osób z problemem patologicznego hazardu zastosowano interwencje oparte na DM, przy czym w pierwszej z nich była to jednorazowa

telefoniczna sesja DM, a w drugiej jedna telefoniczna sesja DM oraz seria sześciu krótszych, dodatkowych sesji DM (również przez telefon). Uzyskano wyniki świadczące o tym, iż bardzo krótki kontakt oparty na DM może być wystarczającym katalizatorem zmiany (Hodgins et al., 2009). Podobne wnioski można wyciągnąć z badań Nancy Petry i współpracowników, gdzie potwierdzono skuteczność bardzo krótkiej (10-minutowej) interwencji opartej na elementach DM, którą porównywano z jedną sesją MET oraz czterema sesjami MET i TPB (Petry et al., 2008).

Kolejnym rodzajem badań prowadzonych nad skutecznością DM w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie są te porównujące grupowe i indywidualne formy terapii. W badaniu Oei, Raylu i Casey (2010) porównano zastosowanie protokołu terapii dla osób z problemem hazardu, opartego na połączeniu TPB i DM, przy czym w jednej z grup prowadzona była terapia indywidualna (sześć 2-godzinnych sesji raz na tydzień), a w drugiej grupowa (sześć 2,5-godzinnych sesji raz na tydzień). Obie formy terapii przyniosły znaczącą poprawę zarówno w zakresie zachowań hazardowych, jak i poziomu depresji i lęku oraz satysfakcji z życia. Może to stanowić zachętę (zwłaszcza finansową, zważywszy na niższy koszt terapii grupowej w stosunku do indywidualnej) do projektowania opartych na DM interwencji prowadzonych w grupach (zob. s. 219 i n.).

Badania dotyczące skuteczności DM w terapii osób z uzależnieniami behawioralnymi nie ograniczają się jednak wyłącznie do porównywania różnych form interwencji. Jedno z badań zespołu Davida C. Hodginsa – głównego badacza zastosowania DM w pracy z osobami z problemem uzależnienia od hazardu – dotyczy identyfikowania specyficznych elementów DM, które mogą być predyktorem przezwyciężenia uzależnienia. W badaniu oceniano nagrania 40 rozmów prowadzonych zgodnie z zasadami

dialogu motywującego z osobami uzależnionymi od hazardu (Hodgins, Ching, Mc Ewan, 2009). Wyniki wskazują na to, że najsilniejszy związek z pozytywną zmianą (mierzoną liczbą dni poświęconych na hazard, ilością pieniędzy na to wydanych, a także poczuciem pewności w odniesieniu do własnej możliwości zmiany zachowań związanych z hazardem oraz sukcesów w realizowaniu własnych celów) miał „język zobowiązania” wyrażony w trakcie sesji DM. Są to te wypowiedzi klienta należące do „języka zmiany”, w których jasno deklaruje on swoje aktywne zaangażowanie w podejmowanie zmiany. Powyższe wyniki umożliwiają – na podstawie obserwacji wypowiedzi w „języku zobowiązania” – trafniejszą ocenę możliwego powodzenia klienta we wprowadzaniu zmiany już w trakcie sesji DM i poprzez to dostosowanie odpowiednich metod pracy.

Wśród badań dotyczących skuteczności opartych na DM form pomocy osobom uzależnionym od Internetu można znaleźć próby stworzenia wielowymiarowych programów terapii, łączących elementy dialogu motywującego z innymi podejściami (np. perspektywą systemową). Przykładem może być program terapii przeznaczony dla nastolatków i ich rodzin, stworzony przez badaczy z Hong Kongu (Shek, Tang, Lo, 2009). Innym ciekawym przykładem jest badanie z Chin, w którym wykorzystano dialog motywujący jako podstawę do stworzenia protokołu interwencji przeprowadzanej za pośrednictwem Internetu (Su et al., 2011). Wyniki sugerują podobną i znaczącą skuteczność przeprowadzania takiej interwencji zarówno w warunkach naturalnych, jak i laboratoryjnych, w porównaniu z grupą kontrolną.

Nasuwa się tu oczywiście wątpliwość, czy osobom uzależnionym od Internetu można pomagać poprzez to samo medium, które stanowi dla nich źródło problemów. Autorzy bronią się argumentem, że w uzależnieniach behawioralnych celem terapii jest nabycie umiejętności

umiarkowanego i kontrolowanego wykonywania danych czynności (inaczej niż w uzależnieniach od substancji, gdzie często całkowitą abstynencję traktuje się jako cel terapii).

Uzależnieniem od Internetu zajęli się również badacze holenderscy, którzy podjęli próbę zaadaptowania w grupie osób z tym problemem programu pod nazwą *Lifestyle Training* – pierwotnie stworzonego na potrzeby osób uzależnionych od substancji oraz od hazardu (Van Roojin et al., 2012). Program terapii obejmuje połączenie TPB i DM i składa się z 10 sesji. Wstępne wyniki badań obejmujące 12 osób z uzależnieniem od Internetu, wobec których zastosowano ten protokół, sugerują pozytywne efekty.

Jak już wspomniano, większość badań dotyczących zastosowania DM w terapii osób uzależnionych behawioralnie dotyczy patologicznego hazardu. Opisano powyżej także kilka przykładów zastosowania DM wobec uzależnionych od Internetu. Podjęto też próby wprowadzenia form interwencji opartych na DM adresowanych do osób przejawiających kompulsyjne zachowania seksualne i uzależnionych od seksu. Autorzy artykułu na ten temat (Del Giudice, Kutinsky, 2007) wymieniają wiele zalet podejścia opartego na DM, porównują je do dotychczas stosowanej w tej grupie klientów terapii opartej na filozofii 12 kroków. Podkreślają zwłaszcza kluczowe w DM budowanie opartej na szacunku i bezwarunkowej akceptacji relacji, w której terapeuta powstrzymuje się od oceniania klienta. Jest to istotne w pracy z osobami uzależnionymi od seksu, u których deficyty w zakresie relacji, a także poczucie wstydu są podstawowymi problemami. Del Giudice i Kutinsky opisują szczegółowo zakończone sukcesem przypadki zastosowania DM w pracy z osobami z problemem kompulsyjnych zachowań seksualnych, z którymi dotychczas prowadzone standardowo formy terapii nie przynosiły oczekiwanych rezultatów.

W terapii osób z problemem kompulsyjnego kupowania można również znaleźć próby zastosowania DM łączone z innymi metodami interwencji, na przykład w amerykańskim programie grupowej terapii o nazwie *Stopping Overshopping*, integrującym wiele różnych podejść: terapię poznawczo-behawioralną, psychoterapię psychodynamiczną, dialektyczną terapię behawioralną (DBT), terapię akceptacji i zaangażowania (ACT), terapię uważności (*mindfulness*) i właśnie dialog motywujący (Benson, Eisenach, 2013). Interesujące jest również studium przypadku opisywanego przez Christophera Donahue, Briana Odlauga i Jona Granta (2011) z Uniwersytetu Minnesota, gdzie z sukcesem zastosowano u klientki z problemem kompulsyjnego kupowania dialog motywujący w połączeniu z desensytyzacją wyobrażeń i innymi technikami poznawczo-behawioralnymi (Donahue, Odlaug, Grant, 2011).

Podsumowując powyższy przegląd badań, można stwierdzić, że proces wprowadzania DM do pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie na przykładzie uzależnienia od hazardu okazał się na tyle obiecujący i przynoszący korzyści zarówno dla klientów, jak i systemu opieki (krótszy i tańszy sposób skutecznej interwencji), że w najnowszym artykule podsumowującym wiedzę na temat etiologii, diagnozy i terapii trzech głównych form uzależnień behawioralnych (patologicznego hazardu, zaburzeń hiperseksualnych i kompulsyjnego kupowania) DM znalazł się w wąskiej grupie interwencji zalecanych jako skuteczne w pracy z osobami uzależnionymi od hazardu (Fong, Reid, Parhami, 2012). Warto również wspomnieć, że amerykańskie Narodowe Centrum Odpowiedzialnego Hazardu (The National Center for Responsible Gaming, NCRG), czyli kluczowa organizacja zajmująca się badaniami przyczyn oraz efektywnych metod terapii patologicznego hazardu, organizuje szkolenia z zastosowania DM, a także przysłała

w 2010 roku swoją specjalną nagrodę naukową Davidowi Hodginsowi za jego wkład w rozwój DM w pracy z osobami z problemem uzależnienia od hazardu (Reilly, 2010). Rik Bes, autor jednego z tekstów niniejszej publikacji, opisując aktualną sytuację w terapii osób uzależnionych od hazardu w Holandii, również podkreśla powszechność zastosowania DM w tym obszarze.

Warto również wspomnieć, iż dużą skuteczność wykazały badania odnoszące się do wykorzystania DM za pośrednictwem Internetu i telefonicznego wsparcia (Carlbring, Smit, 2008; Su et al., 2011). Może to stanowić inspirację do prowadzenia takich interwencji w stosunku do osób mieszkających z dala od ośrodków terapii. Stosowanie takich form może być również kolejnym sposobem obniżania kosztów pomocy, bez utraty jej jakości i skuteczności.

Zastosowanie DM w pracy z osobami z problemem uzależnień behawioralnych

Warunkiem tak wysokiej skuteczności dialogu motywującego, jaką wykazują omawiane wyżej badania naukowe, jest przestrzeganie w praktyce klinicznej jego zasad w trakcie całego programu terapeutycznego. Stosowanie metody dialogu motywującego znajduje uzasadnienie na wszystkich etapach pracy z osobą uzależnioną. Wyjątkowo pomocne okazuje się już podczas nawiązywania kontaktu i budowania relacji. Doskonale służy również utrzymywaniu dobrej relacji w trakcie procesu terapeutycznego, nawet w sytuacjach, w których klient przeżywa trudności towarzyszące konfrontowaniu się z wyzwaniami, których dotąd unikał, i potencjalnie zagrażającymi informacjami. Wydatnie podnosi efektywność i skuteczność programów terapeutycznych, także tych, które swe źródła wywodzą z podejść odmiennych od ducha dialogu motywującego. Należy jednak

pamiętać, że dialog motywujący nie jest „techniką”, łatwym chwytym, który można włączyć do swojego repertuaru narzędzi. Opisujemy DM jako styl bycia z ludźmi, integrację określonych umiejętności klinicznych w celu wspierania motywacji do zmiany (Miller, Rollnick, 2014).

Ten „styl bycia z ludźmi” nakazuje troskę o osobę uzależnioną, która wyraża się między innymi w powstrzymaniu się od etykietowania problemów, szczególnie tych osób, które się do nas zgłaszają po pomoc po raz pierwszy. Unikanie określeń „hazardzista”, „pracoholik”, „seksoholik” itp. ma swój wymiar nie tylko symboliczny, ale i praktyczny i niesie istotne korzyści, wśród których warto wymienić:

- nieprovokowanie „niezgody” osób sprzeciwiających się etykietowaniu ich problemów, bo obawiających się stygmatyzacji;
- skoncentrowanie zaangażowania osoby na rozpoznawaniu objawów uzależnienia i dostrzeganiu ich związku z problemami, których doświadcza, zamiast zmagania się z dylematem „być albo nie być” np. seksoholikiem;
- zaliczenie się do grona adresatów oferty profesjonalnej terapii tych osób, które nie chcą decyzji o terapii wiązać z koniecznością „zmiany tożsamości”, co jest oczekiwane na przykład w grupach samopomocowych (Banaszak, 2013).

Jest to tym ważniejsze, że do placówek klinicznych trafiają po pomoc osoby z problemami uzależnień behawioralnych o bardzo różnym poziomie motywacji do zmiany. Często są to osoby, które stoją w obliczu konieczności dokonania zmian, ale jeszcze nie są do tego zmotywowane. Niektórzy klienci pojawiają się tylko dlatego, że szukają dla siebie pomocy, ale nie zawsze jeszcze wiedzą, do czego dążą. Wielu z nich rozpoczyna jakieś działania, lecz z upływem czasu traci motywację do dalszej pracy. Umiejętne prowadzenie dialogu z taką osobą jest bardzo wymagające.

Poniżej scharakteryzowane są cztery zachodzące na siebie procesy DM, o jakich w swojej najnowszej książce mówią twórcy tej metody: (1) proces angażowania, (2) ukierunkowywania, (3) wywoływania i (4) planowania (Miller, Rollnick, 2014). Podano konkretne przykłady zastosowania DM w praktyce klinicznej („z notatnika specjalisty”) oraz szczegółowe wskazówki dotyczące zastosowania DM w obecnie funkcjonujących w Polsce programach terapeutycznych.

Proces angażowania

Z punktu widzenia wewnętrznej motywacji do zmiany nie ma co mówić o sposobie jej wprowadzania, dopóki z jednej strony specjalista nie nawiąże partnerskiej relacji z klientem, a z drugiej strony – klient nie nawiąże dobrej relacji ze specjalistą. Procesem nawiązywania i utrzymywania relacji opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku jest angażowanie (Miller, Rollnick, 2014). Podobnie jak pozostałe procesy DM angażowanie ma charakter ciągły. Jest to proces podstawowy, a rozpoczyna się od pierwszego kontaktu klienta ze specjalistą. To wtedy zaczyna się wspólna praca nad zmianą. Niezbędnym elementem angażowania jest znalezienie prawdziwego porozumienia, tzw. wspólnego języka z klientem.

Przykład z notatnika specjalisty

Terapeuta: Nazywam się Pamela Kowalska i jestem terapeutką w tutejszym ośrodku [...]. Pozwoli pan, że zadam kilka pytań. Co pana tutaj sprowadza? (pytanie otwarte).

Klient: Właściwie to nie wiem, po co tu przyszedłem, bo ja chyba nie mam problemu. To moja żona kazała mi szukać pomocy.

Terapeuta: Nie jest pan pewien, a jednak pan zrobił wysiłek i przyszedł na spotkanie. Wygląda na to, że dużo jest pan

w stanie zrobić dla żony (dowartościowanie). Dlaczego, według żony, wymaga pan pomocy? (pytanie otwarte).

Klient: Czepia się, że źle gospodaruję pieniędzmi.

Terapeuta: A pan tak nie uważa...

Klient: No może trochę ma racji. Choć złości mnie to, bo ostatecznie to ja zarabiam i to ja mogę wydawać! (przykład ambiwalencji).

Terapeuta: I czasem ten sposób wydawania nie do końca podoba się żonie.

Klient: Rzeczywiście straciłem trochę pieniędzy. Ale wiem, że muszę coś z tym zrobić. Tylko ostatnio miałem dużo problemów w pracy i w domu, więc próbowałem się trochę oderwać (przykład ambiwalencji).

Terapeuta: Sporo się dzieje w pana życiu. Trudności w pracy, w domu i jeszcze jakieś problemy finansowe. Rozumiem, że czasem potrzebuje pan po prostu odpoczynku i oderwania się od problemów (zwrócenie uwagi na potrzeby klienta). A czym się pan zajmuje?) [...]

Praktyczne wskazówki dotyczące procesu angażowania

Stephen Rollnick (2011) zaleca, by 20 procent czasu, jaki mamy na pracę z klientem, poświęcić na angażowanie. To proces, który rozpoczyna się już od pierwszego wrażenia (pierwsze wrażenie możesz zrobić tylko jeden raz!). Budowanie motywacji u osoby z problemem uzależnienia polega na tworzeniu takich warunków, aby klient mógł przyjrzeć się swojej sytuacji bez oceny. Od początku okazujemy mu szacunek i zrozumienie poprzez aktywne słuchanie (czyli nie seria pytań, ale dużo odzwierciedleń i dowartościowań), które jest jedną z najważniejszych umiejętności specjalisty DM. To pokazuje, że klient jest ważny, że jego punkt widzenia się liczy, a jego doświadczenia, myśli i uczucia są uznane i cenione.

Ludzie w sytuacji stresowej bardzo często mają trudności z ujawnieniem istoty problemu. Stwórzmy więc warunki do bezpiecznej rozmowy, dbajmy o klimat spotkania. W DM zwracamy uwagę, by na początku specjalista nie mówił wyłącznie o problemie, z jakim się klient zwrócił, i co w związku z tym powinien zrobić i zmienić. To etap współpracy, w którym warto również porozmawiać o potrzebach czy wartościach klienta (na czym mu zależy). Pomocne okaże się częste wyrażanie empatii: „Widzę, jak to może być dla pana trudne”, „To, co pan czuje i jak trudna to jest dla pana sprawa, nie jest wyjątkowe. Wiele osób tak to odczuwa, szczególnie na początku pracy terapeutycznej”.

Warto być uważnym na sposób wyrażania emocji przez osoby, które pojawiły się na spotkaniu z powodu presji z zewnątrz (ze strony rodziny, współpracowników, wierzycieli, w obawie o długi, utratę pracy itp.). W takiej sytuacji klient na pierwszej sesji może się obwiniać, wyrażać swą złość na sytuację. Reagujmy na wypowiedzi klienta tak, by go nie antagonizować.

W przypadku klientów zgłaszających się na spotkanie pod presją innych osób można powiedzieć: „Gdybym była na pana miejscu, prawdopodobnie czułabym złość, że musiałam tu przyjść. To jest normalne i zrozumiałe uczucie w takiej sytuacji. Nie jest moim celem wymuszanie na panu przyznawania się do czegokolwiek ani wymuszanie wprowadzenia zmian. Nie byłabym w stanie tego zrobić, nawet gdybym chciała. Tylko pan może zdecydować, co będzie chciał robić”.

Kilka słów takiego wprowadzenia wyjaśnia stanowisko specjalisty, zmniejszając niepokój klienta, wzmacniając jego autonomię i pomagając mu w zaangażowaniu się w rozmowę i proces zmian.

Bardzo pomocne w procesie angażowania jest dowartościowywanie klienta za wszystko, co możliwe, docenianie jego otwartości i szczerości, na przykład: „W sytuacji, z jaką się pan boryka, to bardzo ważne, że zdecydował się pan wyjawić swoje obawy”.

W pierwszym kontakcie z osobą uzależnioną behawioralnie przede wszystkim warto odłożyć na bok wszelkie uprzedzenia (typu: „to osoba uzależniona, zatem chora; jedynym dla niej rozwiązaniem jest całkowite wyrzeczenie się komputera, zakupów, seksu” itp.). W rzeczywistości to, co okazuje się bardzo skuteczne w takich sytuacjach, to stosowanie dowartościowywania, rozumianego nie jako chwaleń, ale autentyczne docenienie mocnych stron i wysiłków klienta. Dowartościowywanie w pierwszym kontakcie stanowi istotny dysonans dla oceniających, krytykujących i skupionych na negatywnych cechach osób uzależnionych komunikatów, które w ostatnim czasie docierają do nich z otoczenia dotkniętego skutkami ich uzależnienia (np. od rodziny). Usytuowane w tym kontekście dowartościowania, odnoszące się do cech, systemu wartości lub podejmowanego wysiłku przez osobę uzależnioną, zmniejszają jej nastawienie obronne i osłabiają działanie mechanizmów chroniących jej destrukcyjne zachowania.

Dowartościowania w DM to bardzo wymagająca umiejętność, ale warto się jej nauczyć, gdyż jest dużą pomocą w procesie zmiany zarówno dla specjalisty, jak i klienta. Dowartościowania stanowią wyraz akceptacji, wzmacniają poczucie autonomii osoby uzależnionej i stanowią dla niej wsparcie w realizacji trudnej decyzji, jaką z reguły jest poddanie się terapii. Wzmacniają też poczucie wartości i sprawczości klienta, decydujące o jego gotowości do przyjęcia roli partnera w procesie terapii.

Przykłady:

- „Przyszedeł pan tu na prośbę żony. Rodzina jest dla pana ważna”.
- „Nie jesteś przekonany, że potrzebujesz pomocy. Chcesz być samodzielny i niezależny”.
- „Trudno się panu wyrwać z pracy. Tym bardziej dziękuję za punktualne przybycie”.

Równie angażującą i „otwierającą” funkcję w pierwszym kontakcie stanowi zadawanie osobie uzależnionej pytań otwartych, które w przeciwieństwie do zamkniętych przełamują mocno zakorzeniony u wielu pacjentów schemat relacji „pytający–przepytany” „nauczyciel–uczeń”, „policjant–przesłuchiwany”, „szef–podwładny”, „żądający wyjaśnień–tłumaczący się”. Pytania otwarte dają w pierwszym kontakcie większą możliwość ujawnienia osobie uzależnionej jej wartości, postaw, poglądów i emocji. Są wyrazem zainteresowania specjalisty punktem widzenia osoby uzależnionej i przekazania jej współodpowiedzialności za przebieg rozmowy i obecną w niej relację.

Proces ukierunkowywania

W DM proces ukierunkowywania polega na umiejętności skupiania uwagi rozmówców na najbardziej istotnych kwestiach z punktu widzenia zmiany. Motywacja do zmiany jest wzbudzana w kliencie, a nie narzucana z zewnątrz, ważne jest zidentyfikowanie i zrozumienie celu zmiany z jego perspektywy, tak by to on zaczął inaczej postrzegać swoją sytuację i zaczął dostrzegać kierunek i realność zmian. Czasem, by zaczął wręcz dostrzegać „światelko w tunelu”, na zasadzie: mogę coś z tym zrobić. W procesie ukierunkowywania terapeuta powinien aktywnie słuchać, co dla tej konkretnej osoby jest szczególnie ważne, odzwierciedlać to, co

będzie ją orientować na zmianę (w poniższym przykładzie może to być poprawa relacji z rodziną) oraz stawiać dużo pytań otwartych, typu:

- „Jak pan widzi powody, dla których pan tu jest?”
- „Jak wygląda takie pana wyjście do kasyna?”
- „Co jest najfajniejsze w twoim graniu na komputerze?”
- „Kiedy rodzice przestaliby się czepiać twojego grania?”

Przykład z notatnika specjalisty

[...] **Terapeuta:** Z tego, co pan mówi, wynika, że doświadcza pan obecnie wielu różnych problemów. Kiedy pan przegrywa dużo, chce pan się odegrać, ale w praktyce trudno panu trzymać się swoich postanowień. Martwi się pan problemami finansowymi, ale również tym, że sytuacja zaczyna dotyczyć całej rodziny (taką wypowiedź specjalisty zakwalifikujemy jako dowartościowanie, gdyż jest ona docenieniem świadomości problemu przez klienta).

Klient: Tak, tak, muszę coś z tym zrobić.

Terapeuta: Chce pan zmienić tę sytuację. Nie chce pan narażać siebie i swojej rodziny na problemy (terapeuta jak w lustrze ukazuje klientowi jego priorytety zmiany dotyczące rodziny oraz wzmacnia w nim „język zmiany”: („chcę zmienić sytuację”).

Klient: Zależy mi na mojej rodzinie.

Terapeuta: Jest ona niewątpliwie dla pana wielką wartością i chce pan być odpowiedzialną osobą, która nie wpędza rodziny w problemy finansowe. Dodatkowo zastanawia się pan, co z tym można zrobić, jak zmienić, poprawić całą tę sytuację (terapeuta nazywa to, co dla klienta stanowi wartość w życiu, i zestawia to z potencjalną zmianą sytuacji).

Klient: Myślę, że po prostu muszę z tym skończyć. Tak, chcę z tym skończyć raz na zawsze.

Terapeuta: Jakie zalety widziałby pan tej ważnej dla pana zmiany? W jaki sposób przełoży się to na sytuację pana rodziny? (pytania otwarte). [...]

Praktyczne wskazówki dotyczące procesu ukierunkowywania

W procesie ukierunkowywania specjalista jest w dalszym ciągu bardzo uważny, nie przyspiesza tempa pracy klienta, nie wybiega wprzód, proponując kierunek zmian, nie forsuje swojego planu zmiany, a raczej odzwierciedla to, co wcześniej usłyszał od klienta; nie ocenia i nie krytykuje jego postępowania. To pozwala na obranie wspólnego kierunku pracy, a klientowi pomaga wyjść z inicjatywą kierunku zmiany i dalszego działania.

Aktywne słuchanie i zadawanie pytań otwartych w trakcie ustalania diagnozy znakomicie poszerza obszar eksploracji, pozwala dotrzeć do ważnych informacji „spoza kwestionariusza”. Daje nie tylko możliwość uzyskania wglądu w zaawansowanie osoby w uzależnienie, ale także pozwala poznać wszelkie okoliczności towarzyszące tym czynnościom, przekonania klienta na ich temat i emocje, jakie w nim wzbudzają. W opowiadaniu osoby o „sobie” ujawnia ona wiele istotnych informacji, nadając im swoją hierarchię, swoje znaczenie i swoje rozumienie, co może stanowić wytyczne do dalszej pracy, w istotny sposób ukierunkowując ją.

Odpowiedzi na „Dwadzieścia pytań” z oficjalnej strony Anonimowych Hazardzistów, na pytania zawarte w ankiecie *Canadian Problem Gambling Index* czy innych ankietach, nieograniczone do lakonicznego „tak” lub „nie”, można uzyskać, zadając pytania otwarte. Zatem zamiast na przykład serii poniższych dwudziestu pytań można zadać pytania otwarte, na przykład:

Pytania otwarte:

- „Co jest w pana graniu najfajniejsze, a co najmniej fajne?”, albo
- „Jakie skutki grania są najbardziej dokuczliwe dla pana?”, albo
- „Co chciałby pan zmienić w swoim graniu?”

Pytając w ten sposób, dowiemy się, jakich konsekwencji grania osoba uzależniona jest świadoma, jaką nadaje im rangę, jak je interpretuje itp., ale także, co ważnego dla niej w zamian „otrzymuje”. Pytanie otwarte, wzbogacone trafnymi odzwierciedleniami i podsumowaniami, nadającymi pożądany kierunek eksploracji, pozwala osiągnąć cele rozmowy z „bonusem” zakodowanych w nich znaczeń i uniknąć barier w komunikacji, do jakich według znanego badacza Thomasa Gordona należą: wypytywanie, sondowanie, zadawanie serii pytań oraz osądzanie, krytykowanie, sprzeciwianie, obwinianie (zob. Rosengren, 2013).

20 pytań Anonimowych Hazardzistów

- Czy kiedykolwiek traciłeś czas przeznaczony na pracę lub szkołę z powodu hazardu?
- Czy uprawianie hazardu powodowało kiedykolwiek, że twoje życie rodzinne stawało się nieszczęśliwe?
- Czy hazard wpływał na twoją reputację?
- Czy kiedykolwiek odczuwałeś wyrzuty sumienia po grze?
- Czy kiedykolwiek uprawiałeś hazard, aby zdobyć pieniądze na spłatę długów albo by rozwiązać finansowe trudności?
- Czy uprawianie hazardu powodowało zmniejszenie się twojej ambicji lub skuteczności?

- Czy po przegranej czułeś, że musisz wrócić, tak szybko jak to możliwe, by odrobić swoje straty?
- Czy po wygranej miałeś silny przymus, aby wrócić i wygrać więcej?
- Czy często uprawiałeś hazard dopóki twoja ostatnia złotówka nie została przegrana?
- Czy kiedykolwiek brałeś pożyczki, aby sfinansować swój hazard?
- Czy kiedykolwiek sprzedałeś coś, aby sfinansować hazard?
- Czy byłeś niechętny, aby użyć „hazardowych pieniędzy” na normalne wydatki?
- Czy hazard powodował, że przestawałeś dbać o dobrobyt własny lub swojej rodziny?
- Czy kiedykolwiek uprawiałeś hazard dłużej, niż zaplanowałeś?
- Czy kiedykolwiek grałeś, aby uciec od zmartwień i kłopotów?
- Czy kiedykolwiek popełniłeś lub rozważałeś popełnienie nielegalnego czynu, aby sfinansować hazard?
- Czy uprawianie hazardu powodowało, że masz kłopoty ze snem?
- Czy kłótnie, rozczarowania lub frustracje wywołują w twoim wnętrzu impuls do hazardu?
- Czy kiedykolwiek miałeś pragnienie, aby świętować jakieś szczęśliwe wydarzenia poprzez uprawianie hazardu przez kilka godzin?
- Czy kiedykolwiek brałeś pod uwagę autodestrukcję lub samobójstwo w wyniku twojego hazardu?

(za: <<http://www.anonimowihazardzisci.org/20-pytan.htm>>)

Dopasowanie pomiędzy priorytetami specjalisty dotyczącymi zmiany a priorytetami klienta nie zawsze jest sprawą prostą. Bardzo szybko może się pojawić opór, jeśli

terapeuta zbyt wcześnie skoncentruje się na określonym problemie (np. hazardu) i potrzebie zmian w tym obszarze, a klient chciałby mówić o innych sprawach. Na początku rozmawiamy więc o tym, o czym chce mówić klient, zwracając baczną uwagę na to, co może być najbardziej pomocnym kierunkiem rozmowy.

To, że klient wypowiada argumenty za zmianą, a za chwilę jej przeczy, to nic innego jak tylko dowód ambiwalencji. Osoba, która się zgłasza po pomoc, może doznawać ambiwalencji, czy w ogóle uczestniczyć w rozmowie, czy przerwać. Zamiast traktować tę niepewność jako problem (jako wyraz zaprzeczania, niechęci wobec zmiany itp.), uznajemy ją za naturalną część procesu zmiany. Ważne jest jednak, by pamiętać o priorytetach, gdyż inaczej nawet długie konwersacje mogą okazać się bezproduktywne.

Proces wywoływania

W DM postrzega się klienta jako źródło cennych pomysłów na zmianę: w nim tkwi siła do zmiany, tylko on może zdecydować o niej i wprowadzić ją w życie. W konsekwencji to nie specjalista, lecz klient powinien podawać argumenty przemawiające za zmianą.

Przykład z notatnika specjalisty

Terapeuta: Jakie zalety widziałby pan w skończeniu z hazardem? (specjalista dopytuje o zalety).

Klient: Nie będę wpadał w pułapkę hazardu. Będę wolny od obecnego całkowitego zaabsorbowania, czy tym razem uda mi się wygrać czy nie.

Terapeuta: Jakie mogą być jeszcze inne zalety skończenia z hazardem? (specjalista dalej dopytuje o zalety, gdyż aby dokonać zmiany, pomocne jest możliwie pełne zobrazowanie przez klienta korzyści z niej wynikających).

Klient: Nie popadałbym w dług. Może udałoby mi się z nich wyciągnąć.

Terapeuta: A kiedy w przeszłości wprowadził pan w swoim życiu jakieś istotne zmiany, to jak pan tego dokonał? Co konkretnie pan zrobił, co okazało się pomocne? Jaki miało to wpływ na pana poczucie własnej wartości i pana życie? (pytania otwarte rozszerzające perspektywę, pomagające sięgnąć do poczucia własnej sprawczości klienta).

Klient: Udało mi się kiedyś przestać palić. Najpierw wydawało mi się to niemożliwe, a jednak to zrobiłem. Nie palę już od pięciu lat.

Terapeuta: Musi być pan silną osobą, skoro przez pięć lat udało się panu nie palić. Skuteczne rzucenie palenia najczęściej wymaga od ludzi dużej determinacji, wytrwałości i hartu ducha. Wracając do obecnego problemu, jak pan myśli, co mogłoby pomóc, gdyby pan zdecydował się na skończenie z graniem? Jakie cechy pana charakteru mogłyby pomóc odnieść sukces? Bazując na tym poprzednim doświadczeniu, co konkretnie mógłby pan wykorzystać w obecnej sytuacji? (dowartościowania i pytania dotyczące poczucia własnej wartości klienta).

[...]

Terapeuta: Nie podoba się panu, że chodzenie do kasyn przysparza panu problemów w relacji z żoną i całą rodziną. Obawia się pan nawet, że jeśli nic się nie zmieni, to żona odejdzie. Uważa pan też, że kasyna pochłaniają zbyt wiele czasu i pieniędzy. Co mógłby pan zrobić, by to zmienić? (proces wywoływania to również czas na rozmowę o pomysłach klienta na zmianę).

Praktyczne wskazówki dotyczące procesu wywoływania

Proces wywoływania polega na aktywizowaniu klienta, by pobudzić jego motywację, rozwijać jego pomysłowość poprzez częste stawianie pytań otwartych typu: co jeszcze? „Jakiej zmiany teraz pan potrzebuje w swoim życiu?, Jaki ma pan pomysł na wprowadzenie zmiany w swoim życiu?,

Jakie w przeszłości próbował pan podjąć zmiany w tym zakresie?, Co dokładnie próbował pan zrobić?, Co się wtedy zmieniło?, Co pan zrobił, że udało się osiągnąć?

Szczególną uwagę warto poświęcić wzmocnieniu poczucia własnej wartości i sprawczości osoby. Dzięki temu wzbudzamy w niej wiarę, że zmiana jest możliwa do realizacji. Z szacunkiem odnosimy się do wiedzy klienta, gdyż jego doświadczenia, jego praca, jego pomysły i zasoby mają kluczowe znaczenie dla skuteczności zmiany. Zacytujmy tu Davida Rosengrena:

Klienci – jako eksperci w dziedzinie samych siebie – wielokrotnie doświadczali swoich trudności i ograniczeń, spotkali na swojej drodze to, co ułatwiało im lub utrudniało proces zmiany. My – jako specjaliści w swoich dziedzinach – wiemy coś o klientach, którzy zwykle borykają się z podobnymi problemami, ale nie mamy pojęcia, czego będzie chciała lub potrzebowała konkretna osoba. Naszym celem będzie więc wydobyć od klientów informacji na temat powodów i potencjalnych przyczyn zmiany (Rosengren, 2013, s. 33).

Szczególnym wyzwaniem może wydawać się stosowanie dialogu motywującego w – będącej elementem wielu programów terapeutycznych dla osób uzależnionych behawioralnie – pracy nad destrukcją powodowaną problemowymi zachowaniami klientów. Warto przyjąć, że są oni świadomi co najmniej części negatywnych skutków tych zachowań. Znajduje to potwierdzenie w ujawnianej ambiwalencji. Wyraża się ona nieraz w bardzo zawoalowany sposób, np.: „Nie mam problemu z graniem, ale moja żona ma pretensję, że za dużo czasu spędzam w kasynie”, „Nie jestem żadnym pracholikiem, ale żeby zarobić, muszę pracować nawet w niedziele i święta”, „Czepiają się mojego grania na komputerze, bo chcieliby, żebym tylko kuł i przynosił same szóstki”.

Dynamika konfliktu w ambiwalencji powoduje, że przytaczanie przez specjalistę argumentów za zmianą (np.

faktów świadczących o szkodliwości zachowań osoby uzależnionej) uruchamia argumentowanie przeciw zmianie („język podtrzymania”) i wywołuje reakcję obronną. Słyszymy wtedy np. „To co? Lepiej żebym w tym czasie pił albo spotykał się z kochanką?”, „Chyba lepiej, że pracuję, niż miałbym być bezrobotny i siedzieć cały dzień w domu”, „Gry są po angielsku – uczę się nowych słówek i zwrotów. To nie jest marnowanie czasu”. Warto przytoczyć tu słowa z książki *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*:

Amerykańska podróż w konfrontacyjny styl przebijania się przez ścianę zaprzeczeń w terapii uzależnień była – z naszego punktu widzenia – fatalnym krokiem w niewłaściwym kierunku. Uprawomocniła praktyki, które w każdym innym obszarze ochrony zdrowia okazałyby się nieprofesjonalne i nieetyczne (Miller, Forcehimes, Zweben, 2014, s. 302).

W dialogu motywującym nie konfrontujemy i nie wzmacniamy oporu; przeciwnie, ambiwalencję traktujemy jako naturalny element procesu zmiany. Często wręcz rozwijamy ambiwalencję poprzez dokonywanie dwustronnych odzwierciedleń i wydobywanie autoekspresyjnych stwierdzeń osoby uzależnionej, przemawiających za zmianą tych zachowań („języka zmiany”), gdyż – jak pokazują badania naukowe – jest to bardziej efektywne niż konfrontowanie wprost z faktami potwierdzającymi destrukcyjny charakter jej zachowań.

Stwierdzenie terapeuty zgodne z DM:

w pierwszym przypadku:

- „Chciałby pan bywać w kasynie, ale też chciałby pan, żeby te wizyty nie niepokoiły żony”,

w drugim przypadku:

- „Jest dla pana ważne, żeby pana rodzina nie miała kłopotów finansowych, ale chciałby pan się uwolnić od przymusu pracy w czasie przeznaczonym na życie rodzinne i odpoczynek”,

w trzecim przypadku:

- „Chciałbyś móc swobodnie korzystać z komputera, ale też chciałbyś, żeby rodzice byli z ciebie zadowoleni”.

W odpowiedzi możemy usłyszeć informacje kluczowe dla ewentualnej zmiany:

- „To prawda. Nie chcę, żeby tak się przejmowała. Nawet jej o wszystkim nie mówię, a potem ma pretensje, że ją okłamuję”;
- „To prawda. Ciągłe jestem zmęczony, podenerwowany”;
- „Może nie od razu zadowoleni, ale chciałbym, żeby tak nie panikowali z powodu tych kilku jedynek, które mi ostatnio wpadły”.

Postulowane tu rozwijające się dochodzenie przez osoby uzależnione do reinterpretacji własnych zachowań i ich skutków jest bardziej od innych skutecznym sposobem odkrycia ich własnej, nieraz głęboko ukrytej motywacji do zmiany, bo wynika z oczywistych konstatacji:

- Ludzie są niekwestionowanymi ekspertami, jeśli chodzi o nich samych. To oni znają swoje pragnienia, powody i potrzeby, które mogą stać się przyczyną dokonania zmiany.
- Ludzie łatwiej dają się przekonać temu, co słyszą ze swoich ust. Zrobią to, do czego są przekonani. A przekonani są do tego, co potrafią sobie sami uzasadnić.

Kiedy słyszymy „język zmiany” – wyrażoną motywację do zmiany – formułujemy odzwierciedlenia i dowartościowujemy klienta. Za każdym razem, gdy klient mówi o pragnieniu, zdolności, powodach albo potrzebie zmiany, oferuje nam kwiat. Zbieramy więc te kwiaty i od czasu do czasu – „wiążąc” je w niewielkie bukiety (częsta analogia stosowana w DM) (Miller, Rollnick, 2014) – podajemy mu je w formie podsumowań (jak wyżej).

Proces planowania

Proces planowania traktowany jest w DM jako most prowadzący do zmiany. Zamiast udzielania wskazówek „Powiem teraz panu, co należałoby zrobić...”, specjalista zadaje otwarte pytania o to, jak klient wyobraża sobie wprowadzenie zmian w życie.

Planowanie to proces uzgadniania i współpracy, oparty zarówno na kompetencjach specjalisty, jak i klienta, ponieważ ostatecznie to on (mamy nadzieję) przeprowadzi plan zmiany (Miller, Rollnick, 2014, s. 340).

Podczas wszystkich czterech procesów DM, a zwłaszcza w procesie planowania zwracamy szczególną uwagę na własne wypowiedzi klienta, gdyż działają na mówiącego bardzo sugestywnie („Skoro tak powiedziałem, a nikt mnie do tego nie zmusił, to powinienem w to uwierzyć”). Chodzi tu zwłaszcza o wypowiedzi dotyczące „języka zmiany” lub wszelkie sygnały świadczące o tym, że klient ma świadomość problemu, przejmując się swoją sytuacją, pojawia się jego intencja lub plan zmiany, wzrasta poczucie sprawczości odnoszące się do planowanej (lub realizowanej) zmiany. Jest to również bardzo istotne podczas procesu planowania konkretnej zmiany. Jak mówią twórcy DM – im częściej ludzie opisują swoje pragnienia, powody, potrzeby zmiany, wreszcie swoją zdolność do zmiany, tym bardziej chętni są do planowania możliwych sposobów jej dokonania. Sięganie do potencjału i zasobów klienta w tym aspekcie wzmacnia poczucie własnej skuteczności klienta, a tym samym zwiększa motywację i przynosi wymierne, trwałe efekty.

Przykład z notatnika specjalisty

[...] **Terapeuta:** Z tego, czym się pan tu podzielił, wynika, że jest to sytuacja, którą chciałby pan w jakiś sposób zmienić. Czemu miałby pan to zmieniać? (wzmacnianie motywacji do zmiany).

Klient: Nie będę wpadał w pułapkę zaabsorbowania harem.

Terapeuta: Powiedział pan o tych ważnych rzeczach, które ostatnio dzieją się w pana życiu. Zaczyna pan rozważać konkretne sposoby wprowadzania zmian. Jakie mogą wynikać z tego korzyści? (wzmacnianie motywacji do zmiany).

Klient: Żona przestanie na mnie narzekać. Będę miał więcej czasu dla rodziny, którą kocham.

Terapeuta: Kocha pan swoją rodzinę i chce pan, by wasze życie inaczej wyglądało. Jak chciałby pan to zmienić? Od jakich zmian mógłby pan zacząć? (planowanie).

Klient: Chyba przestanę spotykać się z kolegami, z którymi chodzimy do kasyn. To mi pomoże, nie będzie pokusy.

Terapeuta: W jaki sposób mógłby pan to zmienić? A jakby miał pan sobie wyobrazić tę zmianę, jakie pojawiają się pytania i wątpliwości? Jakie mogą pojawić się trudności i jak pan sobie może z tym radzić?

[...]

I wreszcie pytania kluczowe: W jakim czasie chce pan wprowadzić pierwsze zmiany? Co konkretnie może pan zrobić już dziś? Co może panu w tym pomóc? (to tylko przykłady pytań pomocnych w planowaniu zmiany). [...]

Praktyczne wskazówki dotyczące procesu planowania

Stosowanie się do zasad DM jest również głęboko uzasadnione w kolejnym etapie pracy, zwykle obecnym w funkcjonujących programach terapeutycznych dla osób uzależnionych behawioralnie, jakim jest planowanie pracy nad zaleceniami dotyczącymi radzenia sobie z „głodem” i „nawrotami”, uczenie się kontrolowania impulsów, powstrzymywania myśli automatycznych i odraczania nagrody. Realizacja każdego z tych zaleceń wymaga zmian w życiu osób uzależnionych, do których gotowość nie

u wszystkich jest jednakowa. Twórcy dialogu motywującego za swoje przyjmują stwierdzenie Billa W. – współzałożyciela Wspólnoty Anonimowych Alkoholików: „Okazało się, że musimy się spieszyć powoli”.

Warto zadbać o to, aby osoby uzależnione w pierwszej kolejności określiły swoją gotowość do tych zmian. Można ją wywołać otwartymi pytaniami:

- „Z jakich powodów chciałbyś dokonać tej zmiany?”
- „Jakie są trzy najlepsze powody, żeby to zrobić?”
- „Jak ważne jest dla ciebie dokonanie tej zmiany i z jakich powodów?”

Odzwierciedlanie, wzmacnianie i podsumowywanie tych wypowiedzi osób uzależnionych („język zmiany” przygotowawczy), które zawierają określenia: „chcę”, „pragnę”, „oczekuję”, „chciałbym”, „to by spowodowało”, „plusem byłoby”, „miałbym”, „muszę”, „to jest ważne”, „potrzebuję”, „mam obowiązek”, „już najwyższy czas”, nie tylko ujawnia motywację – jej obecność i siłę – ale także wzmacnia ją i ugruntowuje.

Kolejnym ważnym predyktorem zmiany jest wyrażenie przez osobę uzależnioną zdolności do jej przeprowadzenia. Jej źródła odnajdziemy na przykład w doświadczeniach tych osób, ujawniających ich zasoby, które możemy wywołać, dowartościować i odzwierciedlić, tak aby je przenieść do teraźniejszości. „Masz umiejętność (zrobienia, powstrzymania się, zrezygnowania), jeśli są ważne powody, aby to uczynić. Możesz to znowu wykorzystać”.

Innym źródłem zdolności osoby do przeprowadzenia zmian jest otaczająca ją sieć wsparcia, którą zna, ufa jej i jest gotowa z niej korzystać. Zdolność do przeprowadzenia zmiany zawarta jest w odpowiedzi na pytanie: „Jak mógłbyś się skutecznie do tego zabrać?”. „Mogę”, „potrafię”,

„umiem”, „jestem pewien”, „to jest możliwe”, „byłbym w stanie”, „mogę liczyć”, „to bardzo prawdopodobne” to stwierdzenia warte odzwierciedlania, dowartościowywania i podsumowywania.

Jednocześnie w towarzyszeniu osobie w uzyskiwaniu gotowości do zmiany nie należy lekceważyć jej wypowiedzi argumentujących za utrzymaniem *status quo* („język podtrzymania”) lub przejawów zaburzenia relacji terapeuty z klientem („język niezgody”). Warto się przy nich zatrzymać i prawidłowo interweniować za pomocą odzwierciedlania reakcji (lub ich zaniechania), badając zgodność celów obu rozmówców, zmieniając priorytety lub wręcz przyjętą strategię.

Uzyskanie gotowości osoby do zmiany, obecnej w jej wypowiedziach i zachowaniach, pozwala przejść do etapu, który w wielu programach terapeutycznych dla uzależnionych nazywamy „planem zdrowienia”. W metodzie dialogu motywującego oznacza on uzyskanie odpowiedzi na pytanie zadawane przez terapeutę: „A zatem, co twoim zdaniem zrobisz?”. To pytanie o zobowiązanie, aktywne zaangażowanie i podjęcie kroków. A więc nie tylko „zamierzam”, „planuję” itp., ale także „jestem przygotowany”, „chętnie to zrobię”, „jestem gotowy” oraz „już poszedłem”, „już odmówiłem”, „już powiedziałem”, „już kupiłem”, „zadzwoń”, „umówiłem się”, „zrobiłem”.

W naszym towarzyszeniu osobie w planowaniu i realizacji planu nie powinniśmy wyprzedzać jej gotowości. Umiejętne prowadzenie dialogu motywującego czyni tę postawę bardzo aktywną i ważną. Pomaga osobie uzależnionej potwierdzać i urealniać cele, dostrzegać możliwości, usuwać trudności, badać skuteczność i weryfikować strategię. Ponadto wzmacnia zobowiązanie, wspiera wytrwałość i podtrzymuje nadzieję.

Nawet jeśli specjaliście bardzo zależy na losie klienta i jego określonej decyzji, podczas opracowywania planu

zmiany powinien starać się unikać przekonywania, perswazji, naciskania na określoną zmianę. Perswazja zmusza do obronnego uzasadniania swych racji, prowokuje złość, skłania do wypowiadania stwierdzeń utrudniających zmianę. Przymuszanie jest proste. Wspieranie rozwoju i zmian u klienta w otwartym z nim dialogu, pytaniu o jego zgodę, o jego zdanie jest wymagające. Ale jednocześnie i dla klienta, i dla specjalisty bardzo inspirujące.

Podsumowując, dialog motywujący został opracowany specjalnie po to, aby jak najszybciej i najskuteczniej pomóc ludziom w przezwyciężaniu ambiwalencji i umocnieniu motywacji do zmiany i – jak pokazały zacytowane badania – „znakomicie pasuje do innych opartych na dowodach umiejętności i podejść klinicznych” (Miller, Rollnick, 2014, s. 62). Należy jednak zastrzec, że oparcie na dowodach (*evidence based therapy*) nie oznacza wszystkiego, co bywa „zintegrowane” w programach wielu polskich placówek terapii uzależnień. Programy te są często tworzone w oparciu o stan wiedzy z lat sześćdziesiątych, siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Także tam, gdzie deklaruje się, że program uzależnień oparty jest na terapii poznawczo-behawioralnej, to „oparcie” bywa często niezweryfikowaną naukowo „mieszanką”, która nie do końca oddaje głębię i kompleksowość podejścia, jakim jest TPB. Zapożyczenie zestawu technik i ćwiczeń TPB do terapii uzależnień nie oddaje między innymi całościowej i spójnej poznawczo-behawioralnej konceptualizacji uzależnienia, które nie jest tu postrzegane jako nieuleczalna choroba, ale jako forma nieprzystosowawczego zachowania, nabytego w oparciu o teorię społecznego uczenia się (patrz szerzej Beck et al., 2007; Miller, 2013; Miller, Forcehimes, Zweben, 2014).

Trzeba także pamiętać, że przyjęcie podejścia do terapii opartego na dowodach bywa w Polsce utrudnione ze względu na rozpowszechnione jeszcze przekonanie, że z innymi

pacjentami to można tak pracować, ale z „uzależnionymi” to jednak się nie da, bo „mechanizmy”, bo brak motywacji itp., itd. Jest to różnica między „stosowaniem” DM a „byciem” w DM. „Bycie” w dialogu motywującym, do którego warto dążyć, pomaga nie tylko osobom poddającym się terapii, ale też nam, specjalistom.

Dialog motywujący nie jest metodą, która będzie odpowiadać każdemu, między innymi dlatego, że:

[...] wymaga porzucenia poglądu – i zarazem brzemienia – że to my musimy (lub możemy) skłonić ludzi do zmiany. Jest to w istocie rzeczenie się władzy, której przede wszystkim nigdy nie mieliśmy (Miller, Rollnick, 2014, s. 41).

Jednakże rzeczenie się tej iluzorycznej władzy nie tylko pozwala nam mieć poczucie lepszego rozumienia wartości, przekonań i potrzeb osób, które korzystają z naszej pomocy. Wyposaża nas też w zdolność zapobiegania rutyniarstwu, frustracji i wypaleniu zawodowemu.

Jeszcze raz warto podkreślić sprawę uczenia się prowadzenia dialogu motywującego. Jako metoda, która z pozoru może wydawać się prosta do zastosowania, wymaga on gruntownego przygotowania, a także stałego monitorowania zgodności prowadzonej pracy z duchem i zasadami DM. Należy przy tym mieć na uwadze, że nawet zastosowanie (jak w wielu z wymienionych wyżej badań) wystandaryzowanych podręczników czy protokołów do prowadzenia DM, krok po kroku pokazujących, co należy zrobić, nie wystarczy, aby to, co robimy, mogło być uznane za dialog motywujący i miało oczekiwaną skuteczność. Przykładem tego może być przywoływane przez twórców dialogu motywującego ich własne badanie, w którym zbyt sztywne trzymanie się podręcznika zamiast empatycznego skupienia uwagi na kliencie zmniejszyło efekty działania DM (Miller, Rollnick, 2014).

Jak widać, w dialogu motywującym duże znaczenie mają pewne niuanse, które warto dokładnie zgłębić, poświęcając im czas i uwagę. To właśnie te niuanse przekładają się na efekty związane z określonymi reakcjami klienta – czuje się on wysłuchany, zrozumiany, szanowany i akceptowany. Staje się wówczas mniej defensywny. Daje mu to podstawy do poczucia komfortu i bezpieczeństwa, a to z kolei przekłada się na obiektywne efekty, gdyż tworzy warunki do większej aktywności, współpracy i ostatecznie trwałego zaangażowania się w zmianę.

Kończąc, warto również podkreślić, że – jak wykazano – nawet bardzo krótkie formy kontaktu z klientem opartego na zasadach i duchu DM okazują się skuteczne w redukcji zachowań dotyczących uzależnień behawioralnych. W obliczu trudności, jakich doświadcza resort zdrowia, stanowi to niewątpliwie bardzo istotny argument finansowy przemawiający za stosowaniem takich interwencji w tej grupie klientów.

BIBLIOGRAFIA

- Banaszak, J. (2013). Ja, alkoholik. *Terapia, Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2, 23–24.
- Beck, A. et al. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Benson, A.L., Eisenach, D. (2013). Stopping Overshopping: An approach to the treatment of Compulsive Buying Disorder. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 8(1), 3–24.
- Brzózka, K. (2010). Rozmowa: Do zmian na lepsze... *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6, 3.
- Carlbring, P. et al. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 92–103.
- Carlbring, P., Smit, F. (2008). Randomized trial of Internet delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1090–1094.

- Del Giudice, M.J., Kutinsky, J. (2007). Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14, 303–319.
- Diskin, K.M., Hodgins, D.C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 382–388.
- Donahue, C.B., Odlaug, B.L., Grant, J.E. (2011). Compulsive buying treated with motivational interviewing and imaginal desensitization. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(3), 226–227.
- Fong, T.W., Reid, R.C., Parhami, I. (2012). Behavioral addictions: where to draw lines? *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 279–296.
- Hodgins, D.C., Ching, L.E., McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 122–130.
- Hodgins, D.C. et al. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 950–960.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R., el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 50–57.
- Hodgins, D.C. et al. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 293–296.
- Jaraczewska, I. (2008). Rozpoznawanie gotowości do wprowadzania zmian. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5, 19–21.
- Jaraczewska, I. (2009). Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 22(2), 129–141.
- Jaraczewska, I. (2010). Motywacja jako czynnik leczący i wyznacznik trwałości zmiany. W: K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Jaraczewska, I. (2011). Pierwszy kontakt z klientem gminnej komisji. *Świat Problemów*, 5, IV–V.
- Jaraczewska, I., Krasiejko, I. (red.) (2012). *Dialog motywujący w teorii i praktyce*. Toruń: Akapit.
- Jaraczewska, I., Dmitrowicz, I. (2013). Schematy rozmów motywujących na potrzeby punktów konsultacyjnych, przykłady zajęć

- dla współuzależnionych, konspekty zajęć pomocowych dla grup wsparcia. W: *Teczka gotowych materiałów, programów i profilaktyki uzależnień dla GKRPA*. Poznań: Wydawnictwo Forum.
- Jaraczewska, J.M. (2014). Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1, 65, 34–39.
- Kuentzel, J.G. et al. (2003). Motivational interviewing and fluoxetine for Pathological Gambling Disorder: A single case study, *North American Journal of Psychology*, 5(2), 229–248.
- Miller, P.M. (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Oei, T.P.S., Raylu, N., Casey, L.M. (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 233–238.
- Petry, N.M. et al. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 318–328.
- Reilly, C. (2010). *New Trends in Research: Motivational Interviewing for Gambling Addiction*. Dostępny w Internecie: <<http://www.ncrg.org/resources/publications/issues-insights/new-trends-research-motivational-interviewing-gambling>> [dostęp: 08.12.2014].
- Rollnick, S. (2011, wrzesień). *Front door to the unknown*. Wykład wygłoszony podczas warsztatu szkoleniowego na konferencji „Motivational Interviewing Network of Trainers Forum”, Sheffield, Wielka Brytania.
- Rosengren, D. (2013). *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Podręcznik praktyka z ćwiczeniami*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Shek, D.T., Tang, V.M., Lo, C.Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong, *Adolescence*, 44(174), 359–73.

- Su, W. et al. (2011). Internet-based intervention for the treatment of online addiction for college students in China: A pilot study of the Healthy Online Self-Helping Center. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(9), 497–503.
- Van Rooij et al. (2012). Treating Internet Addiction with cognitive-behavioral therapy: a thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(1), 69–82.
- Wulfert, E. et al. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30, 315–340.

Odpowiedzialna polityka hazardowa

Zastosowania DM w profilaktyce i terapii uzależnienia od hazardu

RIK BES

7

Trochę historii

Geneza

Kiedy zaczynałem pracę jako młody konsultant do spraw uzależnień w ośrodku terapii Jellinek w Holandii w 1983 roku, coś takiego jak „uzależnienie od hazardu” nie było w ogóle znane ani rozpoznawane przez profesjonalistów. Nawet uzależnienia od różnych substancji, takich jak nikotyna, nie wydawały się być dużym problemem; większość członków zespołu ośrodka Jellinek sama paliła papierosy.

W połowie lat osiemdziesiątych do naszego ośrodka trafiły pierwsze osoby zgłaszające problem z hazardem. Był on spowodowany głównie nadmiernym korzystaniem z automatów do gier ustawionych w specjalnych pasażach, ale trafiali do nas również byli goście naszej państwowej firmy zarządzającej kasynami.

Zgodnie z regułami finansowania działalności ośrodka, w którym pracowałem, narzuconymi przez rząd, z naszych usług mogły wówczas korzystać jedynie osoby „bezpośrednio lub pośrednio dotknięte nadużywaniem substancji”.

A jako że monety wkładane do automatu do gry lub żetony rzucane na stół do ruletki nie mogą być uznane za substancje, które fizycznie trafiają do ciała i poprzez swój wpływ na system neuroprzekazników człowieka mogłyby zostać zakwalifikowane jako substancja uzależniająca, oficjalnie nie mogliśmy pomagać tym ludziom. Jednakże nasza troska o te osoby oraz silne wrażenie, jakie odnosiliśmy, że ich „problem” jest bardzo podobny do zachowania bardziej tradycyjnego klienta nadużywającego narkotyków i/lub alkoholu, zaprowadziły nas przede wszystkim do zastosowania pewnej kreatywności w prowadzeniu dokumentacji, po to, byśmy byli w stanie zacząć im pomagać. Każdą pojedynczą osobę trafiającą do nas z problemem hazardu pytaliśmy: „Czy może czasami pije pan/pani alkohol?”. Jeśli odpowiadała twierdząco, wówczas zapisywaliśmy ją jako pacjenta z (potencjalnym) problemem alkoholowym. Podobnie twierdzącą odpowiedź na pytanie: „Czy pali pan/pani?” pozwalała nam zapisać daną osobę do ośrodka jako nałogowego palacza.

W drugiej połowie lat osiemdziesiątych coraz więcej takich osób zgłaszało się do naszego ośrodka. Odczuwaliśmy więc potrzebę (ale również mieliśmy silne pragnienie, możliwość i dużo dobrych powodów), by spróbować ukierunkować (czy raczej powinienem powiedzieć: „przekonać”) nasz rząd i polityków do traktowania poważnie problemów związanych z hazardem.

Sytuacja na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych

Nie tylko strategia „przekonywania” prowadzona przez moją organizację, ale również rosnąca liczba budzących zainteresowanie ludzkich historii w gazetach, radiu i telewizji oraz pierwsze doniesienia z badań prowadzonych w krajach, gdzie hazard już od pewnego czasu stanowił

poważny problem (USA, Australia, ale również niektóre kraje azjatyckie), skłoniły rząd holenderski do podjęcia decyzji o wdrożeniu szeregu kluczowych zmian:

- Hazard został uznany jako (potencjalnie) uzależniająca aktywność, wobec czego ośrodki terapii uzależnień otrzymały pozwolenie i dofinansowanie na prowadzenie działań profilaktycznych i terapeutycznych.
- Państwowa, kontrolowana przez rząd firma Holland Casino, zarządzająca kasynami (która wówczas prowadziła 12 ekskluzywnych kasyn w całym kraju) została zobligowana przez rząd do przyjęcia i wprowadzenia „polityki odpowiedzialnego hazardu”, o czym będzie jeszcze mowa.
- Firmy obsługujące pasażerów z automatami do gier (wszystkie były prywatnymi przedsiębiorstwami) musiały przyjąć kodeks zachowania (brak marketingu kierowanego do młodzieży, wprowadzenie minimalnego wieku dla gości itd.), a w takich miejscach jak bufety klubów sportowych, sklepy z wyrobami tytoniowymi i tanie restauracje typu fast-food zostało zabronione ustawianie pojedynczych automatów.

Zakaz stawiania automatów do gry w łatwo dostępnych miejscach typu bufety/stołówki klubów sportowych czy restauracje fast-food, gdzie żaden z przedsiębiorców nie przejmował się tym, czy grający jest niepełnoletni lub czy w oczywisty sposób przesadza z grą, samo w sobie było oczywiście dobrym krokiem profilaktycznym, ale zdecydowanie niewystarczającym. My, specjaliści w dziedzinie uzależnień, czuliśmy, że ważne jest również podniesienie poziomu świadomości na temat potencjalnych zagrożeń związanych z hazardem poprzez wywołanie dyskusji zarówno ogólnej, publicznej, jak i bardziej specyficznej wśród grup ryzyka.

W pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych przygotowaliśmy pakiet materiałów edukacyjnych, który wprowadziliśmy do szkół w całym kraju, kierując go do młodzieży między 12 a 18 rokiem życia. Projekt rozpoczynał się 45-przedstawieniem musicalowo-teatralnym grany na miejscu, na przykład w auli szkolnej: angażującym, zabawnym, z muzyką lubianą przez młodzież, a jednocześnie podejmującym temat potencjalnego ryzyka w interesujący sposób. Przedstawienie kończyło się otwartą dyskusją pomiędzy muzykami/aktorami, nauczycielami z danej szkoły i oczywiście uczniami. Dodatkowo nauczyciele dostawali materiały do wykorzystania podczas lekcji (na przykład lekcja matematyki na temat statystyk i losowości związanych z hazardem).

Na początku lat dziewięćdziesiątych do holenderskich ośrodków uzależnień dotarły pierwsze publikacje na temat dialogu motywującego (DM) (artykuły autorstwa prof. Williama Millera, pierwsza książka wydana w 1991 roku). Większość naszych pracowników przejawiała entuzjazm wobec potencjału drzemącego w tej metodzie. Próbowaliśmy wspierać się wzajemnie w tym początkowym etapie wprowadzania DM do naszych ośrodków.

Mój ośrodek, Jellinek, poważnie zainwestował w budowanie kompetencji w zakresie DM członków swojego zespołu (zarówno terapeutów, jak i odpowiedzialnych za politykę ośrodka). Miałem szczęście być wśród pierwszych osób, które mogły zgłosić się na warsztat dla nowych trenerów organizowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Trenerów DM (MINT). Było to w roku 1995.

Umiejętność stosowania DM stanowi dziś jeden z kluczowych elementów profesjonalizmu, którego oczekuje się od wszystkich terapeutów uzależnień w Holandii. Tym, co pomogło w pełnym wdrożeniu tej metody we wszystkich naszych państwowych placówkach terapii uzależnień, były

nie tylko pochodzące z badań dowody skuteczności DM w pracy z osobami uzależnionymi. Kluczowe znaczenie miała również zmiana paradygmatu dotyczącego spostrzegania przez nas naszej pracy, jaka zaszła pomiędzy latami osiemdziesiątymi a dziewięćdziesiątymi.

Lata osiemdziesiąte charakteryzowały się nadal koncentracją na całkowitej abstynencji jako jedynym akceptowalnym celu terapii. My, specjaliści w dziedzinie uzależnień, mieliśmy wszystko wiedzieć, a naszych biednych, uzależnionych klientów trzeba było po prostu wyprowadzić „na prostą”.

Wielu z nas czuło się bardzo niekomfortowo w tym aroganckim klimacie, ale do tego „zmuszały” nas rząd i społeczeństwo. Jednak jak zwykle tam, gdzie jest wywierany jakikolwiek nacisk, należy spodziewać się sprzeciwu.

DM doskonale pasował do tego nowego ruchu sprzeciwu, którego końcowym efektem było diametralnie inne spojrzenie na uzależnienia, ich terapię i związaną z nimi politykę. Po pierwsze, uzależnienie zostało zdefiniowane jako zjawisko biopsychospołeczne, w związku z czym wszystkie te trzy elementy powinny i zaczęły być równocześnie przedmiotem terapii. Po drugie, DM pasował doskonale przynajmniej do dwóch spośród trzech elementów (psycho- i społecznego) i był pomocny w odniesieniu do trzeciego (bio – leczenie medyczne). W rezultacie nasz „wskaźnik sukcesu terapeutycznego” istotnie wzrósł, a obniżeniu uległy wskaźniki wypadania z terapii.

Nie tylko DM pomógł w dokonaniu zmiany paradygmatu, którą właśnie opisałem. Terapia poznawczo-behawioralna (TPB) również okazała się skuteczna i pomocna, zwłaszcza na niektórych etapach i w odniesieniu do specyficznych elementów związanych z uzależnieniem od hazardu. Integracja DM i TPB jest obecnie powszechną praktyką i stanowi ciągle rozwijające się wyzwanie.

Nowe wyzwania, nowe spojrzenie

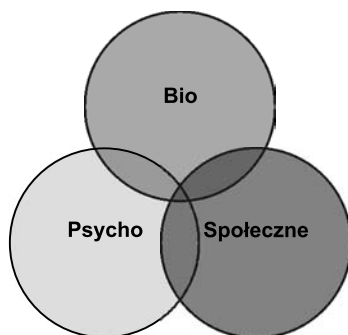
Uznanie uzależnienia za zjawisko o skutkach biopsychospołecznych rodzi pytanie o to, jak mogą wyglądać te elementy w odniesieniu do hazardu.

Prawdopodobnie nietrudno jest zrozumieć, jakie psychologiczne i społeczne następstwa mogą wiązać się z tym, że osoba jest uzależniona od hazardu.

Na poziomie psychologicznym możemy oczekiwać różnego rodzaju wpływu hazardu na emocje, myśli i zachowanie. Oto kilka z nich, w kolejności losowej:

- **Pogoń za wygraną.** Potrzeba dalszego grania (z wyższą stawką, częściej i przez dłuższy czas) jako próba nadrobienia poprzednich strat.
- **Przesady i myślenie życzeniowe.** Przekonania i zachowania, które nie mają obiektywnych podstaw: obstawianie jedynie określonych „szczęśliwych liczb”, personifikacja automatów do gry („on” jest dzisiaj w złym humorze), utarte indywidualne rutyny, np. wrzucanie monety do automatu zawsze lewą ręką, podczas gdy prawa przykrywa okienko automatu, faworyzowanie określonych krupierów, zajmowanie określonego miejsca przy stole do gry w oczko itp.

Rysunek 1. Zależności biopsychospołeczne w uzależnieniach



- **„System”**. Tworzenie i granie zgodnie z „systemem”, który ma zapewnić (duże) wygrane. W rzeczywistości jest to dość powszechna forma przesądów i myślenia mitycznego.
- **Utrata kontroli**. Czas spędzany na graniu, a także obstawiane sumy wymykają się spod kontroli. Początkowo jest to incydentalne, ale z biegiem czasu staje się normalne (strukturalne).
- **Zmęczenie**. Emocjonalne i umysłowe zmęczenie związane z tym, że cała energia jest kierowana tylko na jedno zachowanie: granie.
- **Depresja oraz myśli/próby samobójcze**. Występowanie depresji oraz myśli/prób samobójczych wśród klientów z problemem patologicznego hazardu korzystających z pomocy w ośrodkach terapii uzależnień jest częstsze niż wśród klientów z innymi uzależnieniami związanymi z substancjami psychoaktywnymi*.

Na poziomie społecznym wpływ patologicznego hazardu może przejawiać się w jednym lub więcej z następujących zjawisk:

* Większa częstotliwość występowania depresji i myśli samobójczych u klientów z problemem hazardu jest zjawiskiem obserwowanym przez specjalistów z zakresu uzależnień, które nie znajduje jednak jednoznacznego potwierdzenia w statystykach. Wiąże się to z brakiem spójności danych zbieranych podczas rejestracji do ośrodków terapii uzależnień oraz z różnicami w definicjach przyjmowanych w międzynarodowej literaturze. Ilustracją tego zjawiska jest fakt, że przez kilka lat opisywana współzależność pojawiała się w holenderskim przeglądzie statystyk dotyczących osób uzależnionych korzystających z terapii (*LADIS: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem; National Alcohol and Drugs Information System*), a następnie zniknęła w efekcie wyłączenia tych parametrów z procesu rejestracji. Związek uzależnienia od hazardu i depresji/myśli samobójczych wymaga dalszych badań.

- **Długi.** Rosnące długi wynikające z grania – z biegiem czasu coraz mniej kontrolowanego – mogą prowadzić do istotnych problemów finansowych, a czasem do zachowań przestępczych.
- **Utrata pracy/wypadanie ze studiów.** Czas i energia poświęcone na granie często prowadzą do poważnego zaniedbywania regularnych codziennych aktywności.
- **Utrata rodziny i przyjaciół.** Rodzina i приятели odchodzą od osoby uzależnionej od hazardu w związku z brakiem jej wiarygodności, oszukiwaniem i generalnie destrukcyjnymi zachowaniami społecznymi.

Mniej oczywiste może się wydawać to, czym może być komponent „bio” tego biopsychospołecznego zjawiska, za jakie można uznać hazard.

W pierwszej chwili można pomyśleć o fizycznych objawach, jakie obserwuje się u osoby grającej w sposób problemowy. Mogą to być: fizyczne zmęczenie (wywołane długimi okresami nieprzerwanego grania, brakiem snu), złe odżywianie się (jako efekt żywienia się głównie bezpłatnymi napojami i jedzeniem, dostępnymi w kasynach i pasażach z automatami) oraz kiepska higiena osobista (nadmierne pocenie się, zaniedbywanie higieny osobistej).

Oprócz tych symptomów, które można zaobserwować zewnętrznie u wielu patologicznych hazardzistów, należy również wziąć pod uwagę potencjalny wpływ endorfin na zachowanie danej osoby. Endorfiny – chemiczne substancje wytwarzane przez nasze ciało – mają taki sam wpływ na mózg jak morfina i heroina. Endorfiny wywołują dobre samopoczucie i łagodzą ból. Szereg czynności, w tym medytacja i aerobik, powoduje wytwarzanie endorfin. Jest to częste wyjaśnienie zjawiska „euforii biegacza” (*runner’s high*). Powtarzanie bardzo ekscytujących i ryzykownych zachowań, takich jak skok na *bungee*, również wytwarza

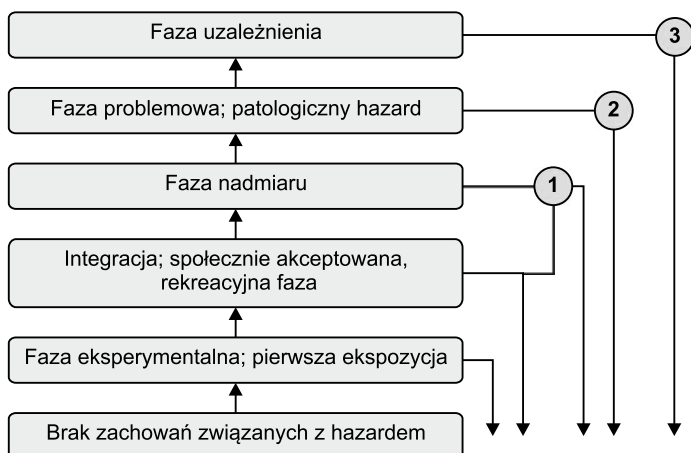
endorfiny. Produkcja endorfin w mózgach nałogowych graczy może być jedną z przyczyn uzależnienia (obok czynników psychologicznych i społecznych).

Uzależniony czy nie?

Podobnie jak każde inne uzależnienie (związane z substancją psychoaktywną lub behawioralne), patologiczny hazard i uzależnienie od hazardu rozwijają się krok po kroku. Poniżej jeden ze sposobów opisywania tych kroków lub faz:

- **Brak zachowań związanych z graniem.** W Holandii, której populacja wynosi łącznie 16 milionów, 6 milionów osób nie angażuje się w żadne formy hazardu (automaty, gry w kasynach, loterie, zakłady sportowe).
- **Faza eksperymentalna.** W zależności od konkretnej gry, pierwsza ekspozycja może przyjąć różne formy: od jednorazowego zakupu kuponu po wieczór w kasynie z przyjaciółmi i/lub rodziną, gdzie granie jest jedną z form rozrywki. Ten pierwszy kontakt może doprowadzić osobę albo do decyzji, by więcej tego nie robić (strzałka w prawo/w dół), albo też by zacząć to robić częściej (strzałka w górę).
- **Integracja.** W tej akceptowanej społecznie fazie hazardu faktyczne zachowanie ma wszystkie (i tylko) cechy czynności rekreacyjnej. Granie może być aktywnością indywidualną lub podejmowaną wspólnie z rodziną i przyjaciółmi, ale czas, energia i pieniądze jej poświęcone są spostrzegane jako „normalna” inwestycja w rekreację. Podobnie jak angażowanie się w aktywności sportowe, malowanie, chodzenie do teatru czy jakiegokolwiek inne hobby wymaga czasu i pieniędzy. Jednostki mogą pozostawać w tej fazie przez nieokreślony czas. Mogą również zdecydować o zakończeniu grania (strzałka w prawo/w dół). Przejście do następnej fazy – nadmiaru, odbywa się zazwyczaj bez świadomej decyzji osoby.

Rysunek 2. Fazy uzależnienia od hazardu



- **Faza nadmiaru.** W tej fazie jednostki grają o wyższe stawki, dłużej w ciągu sesji gry i częściej niż w poprzedniej, rekreacyjnej fazie. Sam grający może spostrzegać swoje zachowanie jako rekreacyjne, ale pracownicy kasyn, rodzina i przyjaciele szybciej dostrzegają ryzykowne zachowania. W tej fazie można zaobserwować incydentalne momenty utraty kontroli (nadmierne wydawanie pieniędzy, zostawianie długu w kasynie), odgrywanie się oraz początki przesądów i myślenia magicznego. Osoba w tej fazie, która chce zmienić swoje zachowanie, może to zrobić, zarówno korzystając z profesjonalnej pomocy (kółko nr 1 na rys. 2), jak i bez niej. Może albo cofnąć się do kontrolowanego, rekreacyjnego poziomu hazardu (obniżenie szkód do poziomu akceptowanego społecznie) albo zachować całkowitą abstynencję (zero hazardu). Alternatywą jest przejście do kolejnej fazy.
- **Problemowy, patologiczny hazard.** W tej fazie można zaobserwować wszystkie trzy elementy (biopsychospołeczne) grania problemowego. Występuje strukturalna

(nie incydentalna) utrata kontroli nad zachowaniem w ogóle, a graniem w szczególności, połączona albo z brakiem świadomości, albo z zaprzeczaniem istnieniu jakichkolwiek problemów. Zwykle musi dojść do poważnego kryzysu (psychicznego, społecznego lub finansowego), aby osoba grająca „obudziła się” i zaczęła poszukiwać pomocy. Indywidualne próby grania mniej lub z mniejszą częstotliwością są skazane na klęskę. Specjalistyczna pomoc charakteryzuje się częstymi początkowymi nawrotami. Dla tego typu graczy powrót do fazy rekreacyjnej już nie jest możliwy (strzałka w prawo/w dół).

- **Faza uzależnienia.** Mimo że nazwa poprzedniej fazy (problemowa, patologiczna) już brzmi wystarczająco poważnie, to większość specjalistów w Holandii rezerwuje termin „uzależnienie” dla osób grających w ostatniej fazie swojej hazardowej „kariery”. Zwykle w tej fazie grający nie ma już pieniędzy ani dostępu do nich, a więc faktyczne granie musi ustać. Uzależnienie istnieje jednak nadal. Jednostka jest tego świadoma i zazwyczaj temu nie zaprzecza. Ponieważ wskaźnik współwystępowania innych zaburzeń jest u takich osób wysoki, diagnoza uzależnienia od hazardu (lub patologicznego hazardu) często umyka, gdyż inne, bardziej oczywiste etykiety/diagnozy (alkoholizm, uzależnienie od narkotyków, depresja) wydają się dominować. Jediną możliwością terapii w tej fazie (strzałka w prawo/w dół) jest abstynencja. A ponieważ problemy są poważne i różnorodne (całkowita utrata sieci wsparcia społecznego – rodziny, przyjaciół, pracy, domu), szkody psychiczne wyraźne (depresja, ryzyko samobójstwa), a sytuacja finansowa zazwyczaj katastrofalna, konieczne może być zastosowanie przez pewien czas terapii w placówce zamkniętej.

Na koniec kilka uwag o opisanych wyżej fazach rozwoju uzależnienia od hazardu. Po pierwsze, ten fazowy model jest oczywiście uproszczeniem rzeczywistości. Prawdziwi ludzie nie żyją i nie zachowują się ściśle według jasno wyróżnionych faz. Model ten zapewnia jednakże pomocne i skuteczne ramy dla myślenia i planowania działania terapeutycznego, ale również profilaktyki i określania strategii.

Po drugie, każdy model fazowy lub system diagnostyczny ma swoje plusy i minusy. Jednakże w odniesieniu do hazardu warto również zapoznać się na przykład z tym, co ma do zaproponowania DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013), a także z SOGS (*South Oaks Gambling Screen*)* jako narzędziem przesiewowym do określenia wskaźnika występowania patologicznych hazardzistów w danej populacji.

DM w polityce i profilaktyce w latach dziewięćdziesiątych i później

W 1989 roku nasz ośrodek został poproszony przez rząd o pomoc w zaprogramowaniu profilaktycznej polityki wczesnego wykrywania i reagowania, skierowanej do aktywnych hazardzistów, gości Holland Casino i pasaży z automatami do gry w kraju. Opracowana wówczas odpowiedzialna polityka hazardowa (*The Responsible Gambling Policy* – RGP), realizowana do dziś, składa się z następujących działań:

1. Goście kasyn i pasaży z automatami są monitorowani przez pracowników tych miejsc. Aby wspomóc pracowników w tym zadaniu, zapewniamy im edukacyjne kursy w zakresie:

* Narzędzie autorstwa Henry'ego Lesieura i Sheili Blume, stworzone w 1987 roku [przyp. red. nauk.].

- zdobywania i utrzymywania ogólnej wiedzy na temat procesów uzależnienia (od hazardu), zachowań oraz możliwości terapii;
 - umiejętności komunikacyjnych potrzebnych do rozmawiania z gośćmi w grupie ryzyka (profilaktyka) oraz przekazywania informacji na temat środków ograniczających wstęp, które może zastosować wobec swoich gości kasyno lub pasaż do gry w automaty;
 - budowania umiejętności radzenia sobie z konfliktem.
2. Jesteśmy doradcami menedżerów kasyn i pasażów z automatami, a także służymy naszemu rządowi w monitorowaniu i udoskonalaniu strategii RGP. Kursy edukacyjne, które prowadzimy dla pracowników biznesu hazardowego, pozostają pod bardzo silnym wpływem DM. Tak naprawdę uczymy ich korzystania z literatury na temat DM i umiejętności dostosowanych do specyfiki zachowań związanych z hazardem.

Pracownicy biznesu hazardowego nie są jednak zainteresowani branżową nazwą „dialog motywujący”, jaka ugruntowała się na przestrzeni lat w opiece zdrowotnej (również tej związanej ze zdrowiem psychicznym). Chcą oni otrzymać narzędzia do radzenia sobie z wyzwaniem komunikacyjnym, przed którymi stają w kontakcie ze swoimi gośćmi, a są mniej zainteresowani tym, że w profesjonalnych organizacjach terapeutycznych nazywa się to dialogiem motywującym, że jest on szeroko znany, wciąż się rozwija i znajduje coraz większe oparcie w wynikach badań. Ci ludzie chcą po prostu rozwiązań, które będą skuteczne. Uczymy ich więc DM, nie używając „nazwy branżowej”.

W ciągu ostatnich 24 lat pracownicy i szefowie biznesu hazardowego nauczyli się doceniać podejście, którego ich uczymy. Z ich perspektywy (i w ich interesie) pomaga im ono w rozmowie z gośćmi we wczesnej fazie problemów

z graniem (faza nadmiaru oraz wczesna faza problemowego/patologicznego hazardu) i dzięki temu mogą przytrzymać taką osobę „na pokładzie” jako gościa ich kasyna czy pasażu z automatami przez wiele kolejnych lat, w przeciwieństwie do szybkiego „spłukania” gościa ze wszystkich jego/jej oszczędności i stracenia go na zawsze.

A zatem z finansowego i perspektywicznego punktu widzenia stosowanie metody DM oraz zestawu narzędzi konwersacyjnych nastawionych na gości stanowi długoterminową strategię przynoszącą korzyści. Pomaga również w stworzeniu bardziej relaksowej i zorientowanej na rekreację atmosfery w kasynie czy pasażu (w przeciwieństwie do czarnej dziury uzależnienia od hazardu, jaką były te miejsca w latach osiemdziesiątych). Wreszcie na koniec rzecz równie ważna: dbanie o dobry nastrój gości przyciąga więcej osób, które chcą po prostu dobrze się bawić, grając (faza rekreacyjna i wczesna faza nadmiaru), obstawiając zaledwie kilka euro, na co mogą sobie raz na jakiś czas pozwolić.

Kasyna i pasaże z automatami do gier w Holandii nadal zarabiają (duże) pieniądze, ale znacząco wzrosła przyjemność czerpana z pracy przez ich pracowników dzięki traktowaniu przez nich gości w inny, pełen szacunku i bardziej proaktywny sposób.

Ośrodki terapeutyczne również są zadowolone z takiego rozwoju sytuacji, ponieważ kierowane są teraz do nich osoby z kasyn i pasaży z automatami, czyli klienci znajdujący się jeszcze we wcześniejszych fazach rozwoju problemów związanych z uzależnieniem od hazardu. Łatwiej jest im pomóc, gdyż nie osiągnęli jeszcze „dna”.

Z kolei rząd i społeczeństwo są zadowoleni, ponieważ odsetek osób z poważnymi problemami z hazardem jest w naszej populacji bardzo niski w porównaniu z krajami wokół nas. Ogólny odsetek uzależnionych hazardzistów w populacji europejskiej (badania EASG) mieści się

w przedziale między 0,5 i 1,5 procent. W Holandii ten wskaźnik wynosi 0,4 procent. Zatem z punktu widzenia zdrowia publicznego nasza polityka prowadzona od kilku dekad okazała się konsekwentnie skuteczna.

Zasady i strategie DM istotnie przyczyniły się do rozwoju tej polityki oraz zwiększenia skuteczności naszych usług w zakresie terapii uzależnień.

Aktualne i przyszłe wyzwania

Poważnie się martwimy, przyglądając się rozwojowi w ostatnim czasie następujących zjawisk:

- Młodzież i dzieci spędzają coraz więcej czasu przy komputerach, tabletach i smartfonach. Wiele z nich do 4 godzin (lub nawet więcej) dziennie oddaje się grom na ekranie, co grozi popadnięciem w kompulsyjne granie i hazard.
- Nie tylko dzieci i młodzież, ale także dorośli są w coraz większym stopniu „przyklejeni” przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu do swoich tabletów i smartfonów. Sprawdzanie-czy-przyszła-nowa-wiadomość co 8 minut dla wielu nie jest niczym niezwykłym, ale dla nas czymś bardzo niepokojącym.
- Łatwy dostęp do zakładów online, w których w grę wchodzi wysokie stawki, bez istnienia środków prewencyjnych, które można wprowadzić w stacjonarnych kasynach, jest trendem, który rozwija się szybko i na światową skalę.
- Programy RGP, skutecznie wprowadzone w jednym kraju, mogą spowodować, że niechętne im przedsiębiorstwa po prostu przeniosą swoją działalność do innych krajów, w których nie ma (jeszcze) tego typu programów.

Wszystko to obserwowaliśmy już w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to rząd holenderski zakazał w całym kraju określonego, związanego z wysokim ryzykiem rodzaju

automatów do gry. Co się stało? Dokładnie te same automaty były po prostu eksportowane do krajów Europy Wschodniej, podłączane tam do kontaktu i mogły kontynuować swoją ryzykowną pracę bez żadnych procedur monitorujących, legistycznych, profilaktycznych i terapeutycznych.

Oczywiście nasz zespół zdaje sobie sprawę z globalizacji grania i hazardu, a nasza troska o tych, którzy są zagrożeni, skłoniła nas do podróży po całym świecie, rozpoczętych już w połowie lat dziewięćdziesiątych. Jesteśmy na przykład konsultantami rządowych autorów polityki w tym zakresie oraz naszych kolegów z ośrodków terapii uzależnień w wielu krajach (Afryka Południowa, Singapur, Makao, Kanada, Australia oraz większość krajów Europy Zachodniej).

Nie chcemy bezpośrednio „eksportować” naszego holenderskiego modelu i doświadczeń, ale podejmujemy współpracę z lokalnymi zainteresowanymi podmiotami, aby umożliwić im uczenie się na naszych doświadczeniach oraz, na co mamy nadzieję, przystosowanie ich do warunków w ich własnym kraju.

Z tego powodu cieszę się, że dziś w Polsce problemy związane z hazardem i graniem, a także z tym, w jaki sposób można ulepszyć profilaktykę oraz interwencje terapeutyczne, znalazły się w niniejszej książce.

Mam nadzieję, że ten krótki przegląd zagadnienia dostarczył czytelnikom materiału do przemyśleń. Życzę Wam powodzenia w Waszych staraniach.

BIBLIOGRAFIA

Miller, W.R. (ed.) (1980). *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity*. Oxford: Pergamon Press.

PRZYDATNE ŹRÓDŁA:

<https://drmarkgriffiths.wordpress.com/about/> [Prof. Mark Griffiths jest dyplomowanym psychologiem klinicznym i dyrektorem Studiów nad Hazardem w Nottingham Trent University w Wielkiej Brytanii oraz dyrektorem Międzynarodowej Jednostki Badań nad Hazardem (International Gaming Research Unit)].

www.easg.org [Europejskie Towarzystwo Badań nad Hazardem (European Association for the Study of Gambling – EASG). Towarzystwo zapewnia forum dla systematycznych badań, dyskusji i rozpowszechniania wiedzy na temat wszelkich zagadnień związanych z badaniami nad hazardem w Europie oraz promuje badania porównawcze w zakresie: historycznych, ekonomicznych, matematycznych, społecznych i psychologicznych aspektów hazardu; rozwoju, egzekwowania i ewaluacji regulacji dotyczących hazardu, etycznego marketingu i zarządzania aktywności związanych z hazardem; rozumienia rozwoju patologicznego hazardu oraz zapewniania programów profilaktycznych i terapeutycznych].

<http://www.kansspelautoriteit.nl/> – strona „Kansspelautoriteit”, instytucji zajmującej się regulacjami dotyczącymi hazardu w Holandii.

<http://www.jellinek.nl/> – strona centrum terapeutycznego „Jellinek”

<http://www.solutions-center.nl/en/> – strona „SolutionS”, jednego z największych ośrodków terapii uzależnień w Europie.

Terapia osób, których zachowania seksualne krzywdzą innych

8

Motywacja, ustalanie celów, model dobrego życia

DAVID S. PRESCOTT

Wprowadzenie

Seks, niewłaściwe zachowania seksualne, przemoc seksualna były trudne do zrozumienia, wywoływały wściekłość i gwałtowne reakcje społeczeństwa odkąd tylko ludzie rozmawiają o swoim życiu. Przez wiele lat w różnych społecznościach częstą odpowiedzią na zachowania stanowiące problem było karanie lub wygnanie.

Dopiero od 30 lat rozwijamy wiedzę na temat tego, co pomaga ludziom w odbudowaniu ich życia po tym, jak swoimi czynnościami seksualnymi skrzywdzili innych. W efekcie wielu specjalistów doszło do wniosku, że jeśli ci, którzy dokonali seksualnego nadużycia, będą mieli stabilną sytuację, pracę, ludzi wokół siebie, dla których będą ważni i którzy będą ich wspierać, to prawdopodobieństwo, że podejmą kolejne krzywdzące zachowania zmniejsza się i ich pragnienie zadawania krzywdy innym jest tym słabsze, im więcej mogą stracić przez takie zachowanie.

Ten tekst odnosi się do pracy z osobami, których zachowania seksualne były przyczyną krzywdy innych ludzi. Powstał w oparciu o liczne prace tworzone we współpracy

z innymi autorami. Tony Ward, Gwenda Willis i Pamela Yates wnieśli nieoceniony wkład w jego treść. Autor dziękuje również za współpracę Scottowi D. Millerowi, Doug Boerowi, Jill Levenson, Robinowi Wilsonowi, Markowi Carichowi i Steve'owi Mussackowi.

Przedmiotem mojej uwagi będą problemy osób, które uzależniły się od zachowań seksualnych, traktując je jako sposób na radzenie sobie z trudnościami w swoim życiu. To, na ile zachowania seksualne mogą być przyczyną uzależnienia, jest dla niektórych autorów kontrowersyjne (Ley, 2012), głównie z tej przyczyny, że brakuje zgody, co oznacza określenie „za dużo”. Jest jednak jasne, że pewna grupa ludzi ma poważne trudności z zapanowaniem nad swoimi zachowaniami seksualnymi i że te trudności mogą przyjmować różne formy (np. nadmierne korzystanie z pornografii, powtarzalne zdrady małżeńskie, stałe prostytuowanie się). Te osoby mogą stać się uzależnione od swoich zachowań do tego stopnia, że działają ze szkodą dla siebie lub innych. W niektórych przypadkach może to oznaczać zainteresowanie seksem z osobami, które nie są zdolne wyrazić na to zgody, tak jak w przypadku dzieci. Jest wiele powodów, dla których dla specjalistów może być trudne zrozumienie tych klientów, włączając to zarówno zakres zachowań, jakie oni prezentują, jak i krzywdy, do jakich prowadzą. Dlatego właśnie ważne jest zrozumienie historycznych i teoretycznych podstaw pracy z takimi osobami.

Podstawy historyczne

Podobnie jak w przypadku terapii uzależnień, wiele społecznych wysiłków mających na celu zatrzymanie problemowych zachowań seksualnych miało swoje źródła w wartościach lub zasadach moralnych osób, które odpowiadały za leczenie lub wyznaczanie kary. Na całym świecie

obowiązywało przekonanie, że jednostki, które mają problem z zachowaniami seksualnymi, nie mogą się zmienić. Na przykład kryminolog Robert Martinson w artykule, którego opublikowanie w 1974 roku wywarło ogromny wpływ, argumentował, że nic zdaje się nie pomagać w leczeniu przestępców. To spowodowało masowe wycofywanie się z dofinansowywania i rezygnacji z terapii w systemie więziennictwa w Północnej Ameryce, Wielkiej Brytanii i Australii. Wkrótce miało się okazać, że artykuł został opublikowany zbyt wcześnie.

W następnym roku Martinson został członkiem zespołu, który doszedł do bardziej optymistycznych wniosków (Lipton, Martinson, Wilks, 1975) i wycofał się ze swoich wcześniejszych opinii (Martinson, 1979). Jednak wówczas przekonanie, że przestępcy się nie zmieniają i resocjalizacja nie ma sensu, zostało już umocnione. Upłynęło około 15 lat do czasu, gdy zaawansowane metody statystyczne pozwoliły wykazać skuteczność wysiłków resocjalizacyjnych podejmowanych w więziennictwie (Gendreau, Ross, 1987). Lekcja płynąca z przyjęcia doktryny „nic nie działa” jest taka, że specjaliści często wierzą, iż osoby, które krzywdzą innych, nie są zdolne do zmiany. Dzisiejsza nauka pokazuje jednak, że klienci, którzy kończą terapię, często zaczynają prowadzić lepsze życie.

Nie jest zatem niespodzianką, że programy terapeutyczne dla osób z problemowymi zachowaniami seksualnymi miały często charakter konfrontacyjny (Salter, 1988). Nawet dziś duch dialogu motywującego (DM), którego podstawą jest partnerstwo, akceptacja i troska, może wydawać się dziwny specjalistom, których odpychają przeszłe zachowania ich klientów. To w pewnym sensie paradoks, że terapeuci mają tak duże trudności ze stworzeniem więzi zgodnej z duchem DM z ludźmi, dla których problemem są zachowania seksualne, podczas gdy badania pokazują,

że trudności ze stworzeniem i utrzymaniem relacji są ważnym czynnikiem ryzyka podjęcia zagrażających zachowań seksualnych. W każdym wypadku rozwijanie ducha DM wymaga praktyki od specjalistów, którzy prowadzą pracę terapeutyczną z klientami prezentującymi ryzykowne zachowania seksualne. Okazuje się, że terapeuci stosujący DM są często pierwszymi osobami w życiu tych klientów, które tworzą z nimi zdrowe relacje.

Konfrontacyjne podejścia stosowane w przeszłości wywoływały liczne dylematy u terapeutów. Wielu otwarcie konfrontacyjnych terapeutów miało, zdawałoby się, doskonałą relację ze swoimi klientami, często dlatego, że klienci ci chcieli po prostu szybciej zakończyć terapię i byli przekonani, że stanie się tak, jeśli podporządkują się terapii. I rzeczywiście, można zaobserwować częste zjawisko kliniczne: wielu klientów, którzy uzależnili się od zachowań seksualnych, zachowywało się w trakcie terapii wzorowo, z nadzieją, że to pozwoli im możliwie szybko przejść przez proces, który odbierali jako upokarzający. Analogicznie klienci, którzy byli agresywni, mogą się zachowywać w swoiście prowokacyjny sposób, który zdaje się „zapraszać” ich terapeutów, by prowadzić z nimi rozmowę agresywnie (Jenkins, 1990). Ostatecznie badania psychoterapii i procesu terapeutycznego z osobami, które mają zaburzenia uprawiania seksu, pokazały wyraźnie, że:

- Najbardziej skuteczni w terapii osób z problemowymi zachowaniami seksualnymi okazali się ci terapeuci, którzy są pełni ciepła, empatyczni, doceniający i bezpośredni (Marshall, 2005).
- Przebieg źle poprowadzonej terapii oddaje przebieg zaburzonej, przemocowej relacji. Na przykład klienci, którzy w trakcie terapii po prostu wypełniają polecenia terapeuty, powtarzają w ten sposób relację opartą na

sile, podobną do przemocy z partnerem w stosunkach intymnych (Shamai, Buchbinder, 2010).

- Terapeuci, którzy pracują z osobami z problemami zachowań seksualnych, często oceniają siebie jako bardziej pomocnych, niż wynika to z opinii ich klientów (Beech, Fordham, 1997).
- Przeciętnie terapeuta określa siebie jako bardziej skutecznego niż 80 procent swoich kolegów (Walfish et al., 2012).
- Ludzie chętniej zmieniają się, reagując na to, co sami mówią, niż na to, co mówią im inni (Bem, 1972).
- Pomimo że wielu ludzi wprowadza zmiany w swoim życiu ze względu na czynniki zewnętrzne, to później najczęściej znajdują swoje własne powody dla kontynuowania tych zmian (Deci, Ryan, 2002).

Kluczowe pytanie, które wynika z powyższych uwag, brzmi: co skłania terapeutów do stosowania technik konfrontacyjnych, skoro bardziej skuteczne okazuje się ukierunkowanie klienta na konfrontowanie się ze sobą?

Terapia osób z problemami zachowania. Dlaczego rozmawiać o motywacji i dlaczego teraz?

Najświeższe, przeprowadzone na szeroką skalę badanie oceniające skuteczność terapii osób przejawiających agresję seksualną, zrealizowane przez R. Karla Hansona, Guy Bourгона, Leslie Helmus i Shannon Hodgson, nie zwróciło takiej uwagi, na jaką zasługuje (zob. Hanson et al., 2009). Poza zadaniem prostego pytania „czy terapia działa?”, autorzy sprawdzili również, co charakteryzuje skuteczne programy terapii, i odkryli, że te, które uwzględniały zasady interwencji korekcyjnych (np. odnoszące się do stopnia

ryzyka, potrzeb i reaktywności), okazywały się najbardziej skuteczne w zmniejszaniu prawdopodobieństwa ponownego podejmowania krzywdzących zachowań seksualnych. Te zasady, znane również jako model „ryzyko-potrzeba-reaktywność” (ang. *risk-need-responsivity*, RNR), opisane przez Andrews i Bonta (2010), pozwalają wyjaśnić nieskuteczność wielu interwencji wobec przestępców. Najprościej rzecz ujmując, zasada ryzyka (ang. *risk principle*) oznacza, że terapią warto objąć w pierwszej kolejności te osoby, które stanowią największe zagrożenie. Zasada potrzeb (ang. *need principle*) zakłada, że interwencje terapeutyczne powinny koncentrować się na celach, które w największym stopniu wiążą się z ryzykiem ponownego dokonania przestępstwa. Zaś zasada reaktywności (ang. *responsivity principle*) zakłada, że interwencje powinny być przykrojone na miarę indywidualnych cech każdego klienta.

Zasada reaktywności może powodować najwięcej zamieszania i być najtrudniejsza do przestrzegania w programach terapeutycznych. Na najbardziej podstawowym poziomie oznacza ona, że klient będzie w stanie uczestniczyć w terapii (np. dostosowanie terapii do poznawczych możliwości klienta). Na poziomie bardziej zaawansowanym reaktywność oznacza wysiłek wkładany przez terapeutę, by zrozumieć, co motywuje klienta do zmiany i jakie przeszkody mogą utrudnić jego zaangażowanie w terapię.

Pytania zasadnicze pozostają bez odpowiedzi. Co wiemy o ludziach, którzy dokonali nadużyć seksualnych oraz z sukcesem zakończyli program terapeutyczny? Czy nasze badania i praktyka powinny koncentrować się na umacnianiu, jak określił to Marques i jego współpracownicy (2005), tych, którzy mają „to coś”? Poza tym na pytanie „czy leczenie działa?”, trzeba odpowiedzieć na kwestie dotyczące tego, na kogo działa, w jakich warunkach, przez kogo prowadzone itd. (Prescott, Levenson, 2009).

Autor tego tekstu (2011) zaproponował przekierowanie uwagi, zarówno w badaniach, jak i w praktyce klinicznej, na to, co sprawia, że niechętni klienci stają się zaangażowanymi partnerami w procesie terapii. Innymi słowy, co specjalista może zrobić, aby ustalić takie warunki, które pozwolą klientowi przejść z grupy objętej ryzykiem wypadnięcia z terapii do grupy, która „rozumie” i wprowadza znaczące zmiany? (zob. Prescott, 2011). W rzeczywistości jest przeciwnie, nadal przedwczesne odchodzenie z terapii jest głównym zagadnieniem w całej kryminologii. Mark E. Olver, Keira C. Stockdale i Stephen J. Wormith (2011) ustalili, że ogólny poziom wcześniejszego odchodzenia z terapii wynosi 27,1 procent i doszli do wniosku, że:

Klienci, którzy najwięcej mogliby skorzystać z terapii (np. wysokiego ryzyka, wysokich potrzeb) to ci, którzy mają najmniejsze szanse ją ukończyć. Dzięki świadomemu i uważnemu dopasowaniu terapii do potrzeb klienta oraz umiejętności w przewidywaniu trudności w tej kwestii można zapobiec odchodzeniu klientów z terapii oraz zachęcać ich do jej kontynuowania (s. 6).

Ludzie skazani za przestępstwa seksualne często okazują niechęć do natychmiastowego zaangażowania w terapię (Mann, 2009). Tematy poruszane w jej trakcie (np. omawianie krzywdzących zachowań oraz wpływu własnych działań na inne osoby) zwiększają ryzyko wypadnięcia z terapii, szczególnie osób, którym mogłaby ona przynieść najwięcej pożytku (Olver, Stockdale, Wormith, 2011). Ostatnim z wyzwań stojących przed terapeutami jest stworzenie otoczenia, w którym zmiana jest możliwa: gdzie terapia jest dostosowana do potrzeb klienta; gdzie panuje zgoda na temat charakteru relacji łączącej terapeutę i klienta, na temat celów i zadań terapii oraz uwzględniane są ważne potrzeby klienta, jeśli tylko jest taka możliwość (Bordin, 1979; Duncan et al., 2011).

Obserwacje Marka Olvera i współpracowników przywołują inne istotne, a często pomijane wyniki badań. Na przykład William L. White i William R. Miller (2007) zaobserwowali, że ostra konfrontacja okazywała się nieskuteczna w przypadku pracy z osobami uzależnionymi, zaś badania porównawcze przeprowadzone przez Karen K. Parhar i jej współpracowników pokazały, że metody korekcyjne programów resocjalizacyjnych są mniej skuteczne niż programy zakładające udział dobrowolny (Parhar et al., 2008). Ten fakt przynajmniej częściowo może być wyjaśniony poprzez teorię samodeterminacji (*ang. self-determination theory*), która zakłada, że często proces zmiany zaczyna się od motywacji zewnętrznej (np. wysłanie na leczenie) i ewoluuje, sprawiając, że człowiek odnajduje wewnętrzną motywację do budowania i utrzymywania zmiany.

Podsumowując, wczesne programy terapii w przypadkach zaburzenia uprawiania seksu często zakładały ostry, konfrontujący charakter, pomimo braku wsparcia w wynikach badań. W badaniach koncentrowano się na jakościowych cechach skutecznych programów terapeutycznych (Hanson et al., 2009), a mniej na cechach skutecznych terapeutów (specjalistów) (Marshall, 2005). Ponadto zdaje się, że wiemy więcej na temat tego, jak rozwijać programy terapeutyczne (np. korzystając z takich narzędzi pomiaru jak *Corrections Program Assessment Inventory*; Gendreau, Andrews, 2001), niż jak pomóc specjalistom w rozwoju ich skuteczności i jak oni mogliby pomóc klientom odnosić większe sukcesy.

Skupianie się w większym stopniu na elementach programów terapeutycznych niż na samym procesie terapeutycznym miało sens w czasach, gdy niewiele wiedzieliśmy o tym, co faktycznie działa w pracy z ludźmi dokonującymi nadużyć seksualnych. Dekady badań pokazały, że występuje znacznie większa różnorodność w pracy terapeutów

niż między poszczególnymi podejściami terapeutycznymi (Wampold, Brown, 2005). Steven Walfish i jego współpracownicy przeprowadzili badania wśród terapeutów we wszystkich 50 stanach USA i ustalili, że terapeuci, podobnie jak inni profesjonaliści, przeciętnie oceniają swoje umiejętności i osiągnięte wyniki w 80. percentylu. 25 procent wskazuje na 90. percentyl, a nikt nie zgłasza, że osiąga wyniki poniżej przeciętnej. Autorzy odkryli również, że „terapeuci mają tendencje do przeceniania własnych osiągnięć i niedoceniań stopnia, w jakim klienci rezygnują przed czasem z terapii” (Walfish et al., 2012, s. 632). Dobra wiadomość wynikająca z tego badania jest taka, że terapeutom zależy na poprawianiu biegłości w pracy. Zła, która wynika z innych badań, że to ci najmniej kompetentni uważają siebie za najbardziej zdolnych (Hiatt, Hargrave, 1995).

Po co więc skupiać się na motywacji i dlaczego właśnie teraz? Ponad wszystkimi trudnościami wynikającymi z dążenia do zmniejszenia szkód związanych z zachowaniami seksualnymi wymienić warto kilka prostych faktów. Pomimo olbrzymiej pracy, która pozostała do wykonania, w ciągu ostatnich 20 lat nauczyliśmy się dużo lepiej rozpoznawać czynniki ryzyka (Hanson, Morton-Bourgon, 2005). To samo dotyczy celów terapii opartych na wynikach badań (Hanson, Bussière, 1998). W wielu programach przyjęto jako kluczowe zasady ryzyka, potrzeb i reaktywności. Teraz jest właściwy czas, by skupić się bardziej na kwestii reaktywności. Poza upewnieniem się, że materiały wykorzystywane w terapii są zrozumiałe dla klienta, specjaliści powinni włożyć więcej wysiłku w upewnienie się, że terapia będzie wydawała się klientom ważna i znacząca, że znajdą oni w niej coś dla siebie, oraz że będą mieli poczucie, iż zostali usłyszani, zrozumiani i uszanowani (Prescott, Miller, 2014).

Problemem tradycyjnych programów terapeutycznych było to, że bardziej koncentrowały się one na tym, jak uniknąć dalszych szkodliwych działań, niż na budowaniu lepszego modelu życia, w którym podejmowanie określonych szkodliwych działań jest mniej prawdopodobne i w związku z tym czynniki ryzyka (takie jak trudności w relacjach i umiejętności samoregulacji) można ograniczyć (Prescott, 2013). To doprowadziło wielu specjalistów do przekonania, że cele terapii są łatwiejsze do osiągnięcia, jeśli są ustalane w taki sposób, że klient może pracować bardziej, by ich dopiąć, niż uniknąć. „Zaprzestanie wszystkich szkodliwych działań” to zupełnie inny cel niż „zbudowanie zdrowego, dającego spełnienie życia seksualnego, w którym nikt nie jest krzywdzony”.

Duża liczba badań wspiera podjęcie do pracy nad celami jako „celami zbliżającymi” (ang. *approach goals*), do których się dąży (czyli takimi, w kierunku realizacji których zmierzamy, a nie jakich unikamy) (Emmons, 1999). Niestety, tradycyjne programy terapeutyczne poświęcają często niewystarczająco wiele uwagi temu, do czego sprawca dąży lub czego poszukuje poprzez dokonywanie aktów przemocy, więc niemożliwe jest zastanowienie się, jak mógłby to osiągnąć w inny, zdrowy, bezpieczny sposób (Yates, Prescott, Ward, 2010). Rozwijanie celów, do których można dążyć, jest kluczowym elementem angażowania osób chętnych do zmiany i tworzenia znaczącej, podzielanej przez obie strony wizji przyszłości.

Bardzo często dążenie do ustalenia tych celów można opisać jako swoisty taniec między klientem i terapeutą. Na przykład klient może podjąć terapię, bo chce, żeby małe rzeczy przestały go irytować. To unikanie irytacji dotyczy tylko samego problemu. Terapeuta może w takiej sytuacji dążyć do przeformułowania tego na cel zbliżający, czyli dążenie od tego, by w każdej sytuacji zachować spokój.

Podobnie cel związany z unikaniem uczucia niedostosowania może być łatwiejszy do osiągnięcia, jeśli zostanie pogłębiony i sformułowany jako dążenie do umiejętności budowania relacji. W ostatecznym brzmieniu cel zbliżający może polegać na budowaniu szczęśliwszego i zdrowszego życia, które oznacza nawiązywanie satysfakcjonujących relacji, co może być bardziej angażujące niż proste unikanie krzywdzenia.

Model dobrego życia

Model dobrego życia stał się popularny w programach terapii osób z zaburzeniami uprawiania seksu (McGrath et al., 2010) i jest obecnie szeroko stosowany na świecie. Jest to podejście do resocjalizacji bazujące na zasobach człowieka, łączące w sobie zasadę ryzyka, potrzeby i reaktywności (Andrews, Bonta, 2010). Głównym celem tego podejścia jest towarzyszenie klientom w tworzeniu i wdrażaniu znaczących planów na życie, co sprawi, że szkodliwe zachowania seksualne będą im niepotrzebne i przez nich niepożądane. Wstępne badania pokazują, że model dobrego życia wzmacnia zaangażowanie klientów w terapię i wpływa na zmniejszenie liczby osób, które rezygnują z niej przed zakończeniem (Simons, McCullar, Tyler, 2006), a wiemy, że odejście z terapii przed czasem jest czynnikiem zwiększającym ryzyko ponownego dokonania przestępstwa (Hanson et al., 2002; Olver, Stockdale, Wormith, 2011).

Kluczowe założenie modelu dobrego życia głosi, że szkodliwe zachowania seksualne są następstwem problemów jednostki wynikających z tego, w jaki sposób poszukuje ona stanu zaspokojenia podstawowych ludzkich dóbr. Podstawowe ludzkie dobra to szczególny stan umysłu, osiągnięte wyniki i doświadczenia. Jest ważne, by były one obecne w życiu każdego człowieka. Przykładami podstawowych

dóbr są szczęście, relacje z innymi/przyjaźnie, biegłość w pracy i rozrywce. A oto w jaki sposób dobra te można uzyskiwać za pomocą krzywdzących zachowań seksualnych:

- Osoba, która nie czuje spełnienia w związku, może z nadmiernym zaangażowaniem sięgać po pornografię jako jedyny sposób na osiągnięcie szczęścia i przyjemności. Osoba taka może uwierzyć, że tylko to pozwoli jej odczuwać przyjemność w związku z drugą osobą, jaki będzie jej kiedykolwiek dany. Dzieje się tak dlatego, że nie potrafi ona budować relacji z innymi.
- Mężczyzna, który regularnie angażuje się w relacje pozamałżeńskie, może wierzyć, że tylko tak można zdobyć miłość. Może nabrać przekonania, że to jedyny sposób, aby osiągnąć spokój, pomimo że na skutek swoich działań uzyskuje odmienne efekty, np. żona przestaje go kochać, a on nie osiąga spokoju na długo. Może również wierzyć, że bycie silnym mężczyzną oznacza uprawianie seksu z tak wieloma kobietami, jak to tylko możliwe.
- Mężczyzna, który odczuwa pociąg do osób znacznie od niego młodszych, może myśleć, że nikt w jego wieku nie zainteresowałby się nim. Jest przekonany, że nigdy nie będzie atrakcyjny dla innych dorosłych, spędza czas na hobby typowym dla młodych ludzi, np. grach komputerowych.

Identyfikowanie dóbr podstawowych, najważniejszych dla klienta, oraz tych, które osiąga, krzywdząc innych, jest podstawowym krokiem we wstępnej diagnozie. Bezpośrednim celem terapii jest bowiem wspieranie klientów w osiąganiu tych podstawowych dóbr, ale w sposób, który dla nich będzie znaczący i dający spełnienie, a jednocześnie nie będzie wiązał się z krzywdzeniem innych. Pozwoli to zapobiec ponownemu dokonaniu nadużycia (Ward, Yates, Long, 2006; Yates, Prescott, Ward, 2010; Yates, Ward, 2008).

Jednym ze sposobów oceny, które z podstawowych dóbr są bardziej, a które mniej ważne dla klienta, może być wykorzystanie skalowania, czyli pytań często stosowanych w dialogu motywującym, na przykład: „Na skali od 1 do 10, jak **ważne** jest dla ciebie bycie w satysfakcjonującym związku? A na tej samej skali od 1 do 10, na ile jesteś **pewien**, że możesz stworzyć taki związek?”.

Działając zgodnie z założeniami dialogu motywującego, specjalista może wydobyć „język zmiany” poprzez dopytywanie, dlaczego klient wybrał daną wartość, a nie niższą.

Model dobrego życia definiuje cztery różne przeszkody, które mogą utrudniać osiągnięcie celów jakości życia. Należą do nich:

1. *Sięganie po niewłaściwe środki*. Ma to miejsce wtedy, gdy środki, jakimi jednostka się posługuje, są nieskuteczne. Na przykład szukanie właściwego partnera seksualnego poprzez zaczepianie obcych na ulicy to mniej skuteczny sposób niż stopniowe budowanie bliskości i przyjaźni.
2. *Wąski zakres*. Na przykład jeśli ktoś potrafi nawiązywać kontakty z innymi wyłącznie za pomocą Internetu, może mieć duże trudności z budowaniem bliskości i intymności.
3. *Ograniczenia umiejętności (wewnętrzne i/lub zewnętrzne)*. Niektóre osoby nie potrafią lub nie mają okazji, by osiągnąć swój cel.
4. *Konflikt między celami*. Tak się dzieje, gdy ktoś realizuje jeden cel kosztem innego. Na przykład osoba, która zmierza do osiągnięcia przyjemności poprzez seks z tak wieloma osobami, jak to możliwe, będzie realizowała ten cel kosztem innych osób zaangażowanych w intymną relację z tą osobą.

Uwzględnienie tych przeszkód w realizacji modelu dobrego życia otwiera wiele ścieżek, którymi możemy podążać z klientami, stosując DM. Oto przykłady:

- „Pragniesz związku opartego na bliskości, a sposoby, po które do tej pory sięgałeś, nie pomogły ci w osiągnięciu tego, a nawet pogorszyły twoją sytuację” (dwustronne odzwierciedlenie, uwzględniające wykorzystanie niewłaściwych sposobów).
- „Od długiego czasu próbujesz stworzyć bliską relację i zaczynasz dostrzegać, że mogą istnieć inne sposoby, które mogłyby pomóc ci to osiągnąć” (ciąg dalszy zdania, złożone odzwierciedlenie, które odnosi się do wąskiego zakresu działań).
- „To był dla ciebie ciężki okres, kiedy zostałeś zraniony; masz wrażenie, że nic z tego, co robisz, nie przynosi efektu” (odzwierciedlenie emocji, problem z możliwościami).
- „Masz poważny dylemat. Z jednej strony dzieci pociągają cię seksualnie, z drugiej – jeśli pozwolisz sobie na spełnienie tego pragnienia, stracisz większość tego, co zbudowałeś w swoim życiu, skrzywdzisz wiele osób i na długi czas pójdziesz do więzienia” (dwustronne odzwierciedlenie, konflikt między celami).

W modelu dobrego życia patrzymy na czynniki zwiększające ryzyko ponownego dokonania krzywdzących czynów jak na przeszkody, które blokują możliwość osiągnięcia podstawowych dóbr ludzkich w społecznie akceptowany sposób. Dlatego terapeuci stosujący ten model odnoszą się bezpośrednio do czynników ryzyka, traktując to jako ważny krok we wspieraniu klienta w osiąganiu podstawowych dóbr. W ten sposób klienci zostają zaangażowani w proces terapii, bo terapia bezpośrednio prowadzi do tego, by umożliwić im satysfakcjonujące życie, takie które naprawdę będzie miało dla nich sens, co oznacza również radzenie

sobie z i zmniejszanie czynników ryzyka. Tony Ward, Ruth E. Mann, Theresa A. Gannon piszą o klientach: „ci ludzie pragną lepszego życia, a nie tylko obietnicy mniej trudnego życia” (2007, s. 106).

Szczegółowy opis teorii i rozwoju modelu dobrego życia wykracza poza ramy tego rozdziału. Kluczowe jego zmiany w ostatnich latach dotyczyły odniesienia to teorii zaniechania i związanych z tym badań (Laws, Ward, 2011) oraz integracji z modelem samoregulacji (w wersji zweryfikowanej, SRM-R; Yates, Prescott, Ward, 2010; Yates, Ward, 2008). Dostępnych jest wiele artykułów naukowych, książek lub rozdziałów w książkach wyczerpująco opisujących model dobrego życia oraz najświeższe jego badania. Teksty te mogą ułatwić stosowanie tego podejścia (Laws, Ward, 2011; Ward, Maruna, 2007; Ward, Yates, Willis, 2012; Willis, Yates, w druku; Yates, Prescott, Ward, 2010).

Problemem koncepcji „podstawowych dóbr” w rozwijaniu modelu dobrego życia jest to, że „dobro” nie oznacza „cel”. „Podstawowe dobra” to stan, którego poszukujemy. Cele zaś mogą przyjąć wiele form. Na przykład wielu ludzi ma cele, do których dąży przez całe życie (chcę stawać się tak dobrym w tym, co robię, jak to możliwe), a cele innych osób mogą być bardziej namacalne (chcę podróżować po świecie), jeszcze innych mogą być łatwiej mierzalne (chcę, by moja żona była szczęśliwa w naszym małżeństwie).

Podstawowe dobra w życiu człowieka/ powszechne cele życiowe

Podstawowe dobra w życiu człowieka wyróżnione w modelu dobrego życia zostały zidentyfikowane na podstawie rozbudowanej analizy i syntezy psychologicznych, społecznych, biologicznych i antropologicznych badań (Ward, Stewart, 2003; Ward, Gannon, 2006). Poniżej przedstawiamy listę tych dóbr. Podajemy również przykłady związanych

z nimi wtórnych lub instrumentalnych dóbr, które oznaczają działania lub sposoby, w jakie podstawowe dobra są osiąmane. Dobra wtórne mogą mieć charakter prospołeczny lub antyspołeczny, podajmy przykłady obu:

- **Życie** (zdrowe życie i funkcjonowanie). Dla wielu osób oznacza to po prostu życie i przetrwanie. To może łączyć się z dbaniem o zdrowie fizyczne i/lub dbanie o swoje bezpieczeństwo. Do sposobów osiągnięcia tego dobra należą: utrzymywanie zdrowej diety, prowadzenie regularnych ćwiczeń, reagowanie na problemy zdrowotne, zarabianie lub kradzież pieniędzy, by opłacić czynsz albo zaspokoić inne potrzeby związane z bezpieczeństwem. Ten cel może być zakłócony, gdy ktoś podejmuje problemowe zachowania seksualne. Na przykład konsekwencją wielokrotnych zrad małżeńskich może być rozwód lub choroba.
- **Wiedza**. Dla wielu klientów może oznaczać uczenie się i zdobywanie wiadomości w obszarach uznawanych za ważne. Może dotyczyć poszukiwania wiedzy na własny temat, na temat innych ludzi, otoczenia albo innych konkretnych tematów. Sposoby osiągnięcia tego celu to chodzenie do szkoły, na kursy lub samodzielna nauka (np. czytanie), korzystanie z czyichś uwag, uczestniczenie w terapii. Zdobywanie wiedzy może wiązać się z problemowymi zachowaniami seksualnymi, gdy na przykład człowiek ma silną potrzebę zdobycia wiedzy na tematy seksualne, a jest przekonany, że może to osiągnąć wyłącznie w okolicznościach, które jemu lub innym przynoszą szkodę lub są nielegalne. Jednym z powodów korzystania z pornografii może być dążenie, by dowiedzieć się o seksie i doświadczyć tak wiele jak to jest możliwe.
- **Biegłość w pracy i zabawie**. Powszechnym celem istot ludzkich jest bycie dobrym w pracy lub zabawie. Sposoby, jakimi ludzie realizują ten cel, to znajdowanie

zatrudnienia bądź wolontariat w znaczących dla człowieka dziedzinach, rozwijanie osobistej kariery, uprawianie sportu, gra na instrumentach, tworzenie sztuki lub rękodzieła. Zmierzenie do tego celu można zaobserwować w problemowych zachowaniach seksualnych, jeśli ludzie koncentrują się na seksie do tego stopnia, że zaniedbują inne, ważne dla nich cele. Częstym przykładem jest oglądanie pornografii w pracy, pomimo że cierpią na tym obowiązki zawodowe.

- ***Autonomia i kierowanie sobą.*** Wszyscy ludzie potrzebują w jakimś stopniu poczucia niezależności i możliwości samodzielnego decydowania o swoim życiu. Sposoby osiągnięcia tego to rozwijanie i wypełnianie planów na życie oraz bycie asertywnym. Jednym ze sposobów o jakich sędzi się, że zaspokajają tę potrzebę, jest przejmowanie kontroli nad innymi, krzywdząc ich lub nimi manipulując. Zdarza się traktowanie fantazji seksualnych lub wynikającego z nich zachowania jako sposobu zapewniania sobie niezależności i spełnienia.
- ***Wewnętrzny spokój (brak spięcia emocjonalnego i stresu).*** To podstawowe dobro poszukiwane przez wszystkich ludzi jako spokój umysłu. Sposoby osiągnięcia tego stanu to ćwiczenia, medytacja, alkohol, narkotyki, seks i inne działania, które pozwalają radzić sobie z emocjami i stresem. Wiele osób podejmuje problemowe zachowania seksualne, szukając sposobu na uspokojenie. Może to przyjmować różne formy: wielu partnerów seksualnych, sięganie po pornografię, przynależność do wspólnot, które łączą zainteresowania seksualne (na przykład sadomasochizm), poczucie większej emocjonalnej bliskości z dziećmi niż z dorosłymi, poszukiwanie uspokojenia kosztem innej osoby, nadużycie seksualne swojego partnera lub kogoś obcego.

- **Związki i przyjaźnie.** Praktycznie wszyscy ludzie potrzebują poczucia więzi z kimś (mogą to być relacje intymne, romantyczne, rodzinne i inne). Większość ludzi osiąga ten cel spędzając czas z rodziną lub przyjaciółmi, budując intymną relację z drugą osobą. Ludzie z problemami seksualnymi mogą poszukiwać takiego kontaktu z innymi, który jest albo nielegalny, albo krzywdzący dla nich lub dla innych. Niektórzy klienci w czasie terapii opisują poczucie związku z innymi podczas oglądania pornografii lub przez angażowanie się w romanse pozamałżeńskie.
- **Wspólnota (przynależność do grupy).** To dobro obejmuje bycie częścią jakiegoś zespołu, przynależność do grupy, którą łączą wspólne zainteresowania lub wartości. Sposoby realizowania tego celu to wolontariat, przynależność do organizacji społecznej, klubu sportowego. Może to również oznaczać przynależność do grupy, którą łączą określone zachowania seksualne (zniewolenie, sadomasochizm, wymienianie się partnerami).
- **Duchowość (szukanie celu i sensu w życiu).** To podstawowe dobro może być rozumiane rozmaicie – od dążenia do nadania swemu życiu sensu po poczucie bycia częścią większej całości. Sposoby osiągnięcia tego celu to angażowanie się w działania związane z religią (chodzenie do kościoła, modlitwy), przynależność do grup, które łączą jeden cel (walka o jakość środowiska naturalnego). Dla ludzi z problemami seksualnymi może to oznaczać oglądanie jakichś zachowań seksualnych lub seksualności jako celu samego w sobie (autor spotkał się z osobami, które uważały dążenie do spełnienia własnej seksualności za realizację przeznaczenia, nadawanie sensu swojemu losowi).

- **Szczęście.** Prawie każdy potrzebuje doznawać szczęścia i przyjemności. Od wielu lat próby stworzenia definicji szczęścia budzą kontrowersje. Najczęściej ludzie osiągać to dobro, przebywając z przyjaciółmi, oglądając filmy, uprawiając seks, szukając mocnych wrażeń, pijąc alkohol lub przyjmując narkotyki. Wiele krzywdzących zachowań seksualnych było podejmowanych w celu zaspokojenia potrzeby przyjemności kosztem innych celów w ich życiu.
- **Twórczość.** Prawie każdy przynajmniej co jakiś czas odczuwa potrzebę spróbowania czegoś nowego, stworzenia czegoś (sztuka, muzyka) lub po prostu zrobienia czegoś inaczej. To może oznaczać malowanie, fotografię i inne formy ekspresji artystycznej lub podejmowanie nowych aktywności. Dla niektórych osób może to oznaczać silną potrzebę nowych doznań seksualnych lub kolejnych seksualnych partnerów.

Każde z tych dóbr może być przedmiotem zmiany. Kluczowe znaczenie mają umiejętności terapeuty pokazania klientowi sensu tej pracy w taki sposób, który pozwoli mu się w nią zaangażować. Ważne jest, by klienci potrafili odnosić te koncepcje do własnego życia i doświadczeń, by umieli odróżnić sposoby osiągnięcia celów od samych celów (pieniądze to nie to samo co szczęście i bezpieczeństwo, pomimo że jedno pomaga osiągnąć drugie).

Klienci pytani o swoje życiowe cele i cenione przez nich działania podają informacje odnoszące się do tzw. dóbr wtórnych; poprzez rozwijanie ich wypowiedzi można odkryć, jakie podstawowe dobra cenią (dostępne są półustrukturyzowane scenariusze takich rozmów; zob. Yates, Prescottt, Ward, 2010). Dobro wtórne może bowiem wynikać z różnych dóbr podstawowych, zatem konieczne jest przeprowadzenie rozmowy, która pozwoli jednoznacznie

ustalić, do jakiego dobra zmierza człowiek. Na przykład tworzenie sztuki abstrakcyjnej może być odzwierciedleniem wielu dóbr podstawowych: twórczości, bycia biegłym w pracy, bycia dobrym w zabawie, spokoju umysłu, duchowości, przynależności do grupy i wspólnotowości. Tylko poprzez pogłębianie rozmowy na temat tego, co sztuka oznacza dla klienta, możemy ustalić, o jakie dobra podstawowe chodzi.

A oto inny przykład. Klient może mieć długą historię związaną z popełnianiem kradzieży, to wtórne/instrumentalne dobro, które może wskazywać na dążenie do osiągnięcia jednego z dóbr podstawowych, takich jak przeżycie (kradzież pieniędzy, by opłacić czynsz), dążenie do szczęścia (radość płynąca z ryzyka związanego z kradzieżą), poczucie niezależności (niezależność finansowa) lub przynależność do wspólnoty (bycie członkiem gangu), może również oznaczać kombinację powyższych dóbr. Bez sprawdzenia, co klient czerpie z kradzieży, terapeuta mógłby mylnie założyć, że jest on jednostką społeczną, a to z kolei mogłoby prowadzić do przeprowadzenia terapii nieadekwatnej do problemu.

Terminologia związana z powszechnymi dobrami została tak ustalona, by stworzyć precyzyjny i jednocześnie łatwy w stosowaniu język, pozwalający ustalić dobra podstawowe. Różnice regionalne lub kulturowe mogą wymuszać pewne subtelne dostosowania języka. Niezależnie od tego, jakie hasła zostaną użyte, terapeuci mogą zidentyfikować cele cenione przez klienta. Ważne jest ustalenie celów spójnych z jego problemowymi zachowaniami seksualnymi, tak aby program terapii był adekwatny do tych celów i ich wpływu na działania krzywdzące, oraz aby klienci zrozumieli te cele i byli w stanie odnieść się do nich w trakcie terapii.

Stosowanie modelu dobrego życia oznacza, że terapia każdego klienta koncentruje się wokół powszechnych dóbr życiowych (zob. Willis et al., 2013), co stanowi fundament

do stworzenia zorientowanego na przyszłość planu dobrego życia (*good life plan*). Plan dobrego życia zawiera szczegółowy opis kroków, które mają zapewnić osiągnięcie cenionych przez jednostkę podstawowych dóbr w sposób, który ma dla niej sens i nie wiąże się z ryzykiem ponownego dokonania przestępstwa.

Integracja powszechnych życiowych celów z elementami tradycyjnych terapii

Krytyczne wobec modelu dobrego życia jest podejście, które skupia się na potrzebach bezpośrednio wpływających na uporczywość problemowych zachowań seksualnych (Andrews, Bonta, 2010). Zasadnicza różnica w stosowaniu modelu dobrego życia polega na tym, jak te potrzeby związane z uporczywością są rozumiane i uwzględniane w terapii oraz na ile uwzględniamy plan dobrego życia klienta (więcej szczegółów w Willis et al, 2013; Yates, Prescott, 2011b; Yates, Prescott, Ward, 2010; Yates, Ward, 2008). Założenia każdego elementu programu terapii są sformułowane jako cele zbliżające (do których się dąży), w miejsce celów opartych na unikaniu. Są one powiązane z dążeniem do osiągnięcia powszechnych celów życiowych. Na przykład moduł terapii skoncentrowany na rozwoju relacji zmierzałby do tego, by znaleźć odpowiedź na pytanie, jak poszukiwać i budować satysfakcjonujące relacje z innymi, zamiast jak unikać problemowych relacji.

Podsumowując, terapia ma wspierać klientów w dążeniu do osiągnięcia powszechnych dóbr życiowych sposobami, które są prospołeczne, nie krzywdzą nikogo i jednocześnie zajmować się zmniejszaniem ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa. Odnoszenie się do potrzeb stojących za stale ponawianymi działaniami jest istotnym krokiem w dążeniu do utrzymania tego podwójnego celu. Na przykład

wyobraźmy sobie więźnia, który wśród powszechnych dóbr życiowych wysoko umiejscawia relacje, spokój umysłu oraz osobisty wybór i niezależność, ale zaznaczył również deficyty dotyczące regulacji emocji i bliskości (obydwa zwiększają czynniki ryzyka; zob. Hanson et al., 2007; Hanson, Morton-Bourgon, 2005). Stosując terapię według modelu dobrego życia, skoncentrujemy się na tym, jak pomóc klientowi rozwinąć umiejętności pomagające osiągnąć cenione przez niego powszechne cele życiowe. To będzie oznaczało rozwijanie skutecznej regulacji emocji i budowania bliskości, aby poradzić sobie z ryzykiem i umożliwić klientowi osiąganie tych celów w niekrzywdzący nikogo sposób. Dla odmiany tradycyjne podejście koncentrujące się na czynnikach ryzyka skupiłoby się na odniesieniu do regulacji emocji i bliskości, bez odniesienia do życiowych priorytetów i celów klienta.

Tabela 1 ilustruje zastosowanie modelu dobrego życia jako programu integrującego plan dobrego życia z oceną i planem zmierzającymi do zapanowania nad czynnikami ryzyka (uwzględniając zorientowany na przyszłość plan dobrego życia), w ten sposób zastępując tradycyjny plan terapii. Ten model nie koncentruje się wyłącznie na ocenie czynników ryzyka, sytuacjach zagrożenia, sygnałach ostrzegawczych i strategiach radzenia sobie; plan skupia się na cenionych przez klienta powszechnych dobrach życiowych i ich związku z podejmowanymi działaniami krzywdzącymi, czynnikami ryzyka i trudnościami z panowaniem nad sobą (samoregulacją).

Wnioski

Często zdarza się, że specjaliści pracujący z osobami, które dokonały seksualnych nadużyć, są przerażeni przeszłymi działaniami swoich klientów. Ostatecznie jednak okazuje

Tabela 1. Matryca planu dobrego życia (na podstawie Yates, Prescottt, Ward, 2010)

Pożądanе powszechne dobra życiowe	Sposoby na osiągnięcie tych dóbr	Po czym poznam, że je osiągam?	Problemy, z którymi będę musiał sobie poradzić	Czynniki ryzyka	Strategie radzenia sobie z ryzykiem
Życie: żyć i przetrwać					
Wiedza: uczyć się i wiedzieć					
Bycie dobrym w zabawie					
Bycie dobrym w pracy					
Osobisty wybór i niezależność					
Spokój umysłu					
Związki i przyjaźnie					
Wspólnota: bycie częścią grupy					
Duchowość: poczucie sensu w życiu					
Szczęście					
Twórczość					

się, że kara nie jest skutecznym sposobem zmniejszania problemów z zachowaniami seksualnymi. To, co pomaga, to terapia, zaś staranność i uwaga przykładana do struktury terapii może sprawić, że stanie się ona bardziej skuteczna. Stosując dialog motywujący oraz model, który pozwala ludziom odwołać się do ich mocnych stron i zdolności, jednocześnie zajmując się czynnikami ryzyka, specjaliści mogą budować lepsze życie i bezpieczniejsze społeczności.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews, D.A., Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Beech, A.R., Fordham, A.S. (1997). Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219–237.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. W: L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 6, 2–62. New York: Academic Press.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- Deci, E., Ryan, R. (eds.), (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Duncan, B. et al. (2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy (second edition)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Emmons, R.A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns*. New York, NY: Guilford.
- Gendreau, P., Andrews, D.A. (2001). *Correctional Program Assessment Inventory*. Author.
- Gendreau, P., Ross, R.R. (1987). Revivification of rehabilitation: Evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4(3), 349–407.
- Hanson, R.K. et al. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865–891.

- Hanson, R.K., Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348–362.
- Hanson, R.K., et al. (2007). *Assessing the Risk of Sexual Offenders on Community Supervision: The Dynamic Supervision Project*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154–1163. Dostępny w Internecie: <10.1037/0022-006X.73.6.1154>.
- Hiatt, D., Hargrave, G.E. (1995). The characteristics of highly effective therapists in managed behavioral provider networks. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 4, 19–22.
- Jenkins, A. (1990). *Invitations to Responsibility*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Laws, D.R., Ward, T. (2011). *Desistance and Sex Offending: Alternatives to Throwing Away the Keys*. New York, NY: Guilford Press.
- Ley, D.J. (2012). *The Myth of Sex Addiction*. Plymouth, UK: Rowman and Littlefield Publishers.
- Lipton, D.S., Martinson, R., Wilks, J. (1975). *The Effectiveness of Correctional Treatment: A Survey of Treatment Valuation Studies*. New York: Praeger Press.
- Mann, R.E. (2009). Getting the context right for sexual offender treatment. W: D.S. Prescott (ed.), *Building Motivation to Change in Sexual Offenders*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 17, 109–16. Dostępny w Internecie: <10.1177/107906320501700202>.
- Marques, J.K. et al. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(1), 79–107.
- Martinson, R. (1974). What works? – Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22–45.
- Martinson, R. (1979). New findings, new views: A note of caution regarding sentencing reform. *Hofstra Law Review*, 7, 242–258.

- McGrath, R.J. et al. (2010). *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- Norcross, J. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd ed.) New York: Oxford University Press.
- Olver, M.E., Stockdale, K.C., Wormith, J.S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6–21. Dostępny w Internecie: <10.1037/a0022200>.
- Parhar, K.K. et al. (2008). Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1109–1135.
- Prescott, D.S. (2011). Creating willing partners: Meaningful engagement of offenders in change. *ATSA Forum Newsletter*, 28, 1–12. Dostępny w Internecie: <http://www.davidprescott.net/2011WinterForum_Prescott.pdf> [data dostępu: 6.10.2013].
- Prescott, D.S. (2013). Motivational interviewing: An update for professionals working with people who have sexually abused. *The Forum, Newsletter of the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)*, 25, 1–9.
- Prescott, D.S., Levenson, J.S. (2009, summer). To treat or not to treat: What are the questions? *ATSA Forum*, 21, 19–28. Dostępny w Internecie <http://www.davidprescott.net/2009SummerForum_Prescott-Levenson.pdf> [data dostępu 6.10.2013].
- Prescott, D.S., Miller, S.D. (2014). Improving outcomes one client at a time: Feedback-informed treatment with adults who have sexually abused. W: B. Schwartz (ed.), *The Sex Offender*, Vol. 8. Kingston, NJ: Civic Research Press.
- Prescott, D.S., Wilson, R.J. (2013). *Awakening motivation for difficult changes*. Holyoke, MA: NEARI Press.
- Purvis, M. (2010). *Seeking a Good Life: Human Goods and Sexual Offending*. Germany: Lambert Academic Press.
- Salter, A. (1988). *Treating Child Sex Offenders and Victims*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Shamai, M., Buchbinder, E. (2010). Control of the self: Partner-violent men's experience of therapy. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1338–1362.
- Simons, D.A., McCullar, B., Tyler, C. (2006). *Evaluation of the Good Lives Model Approach to Treatment Planning*. Paper presented at

- the 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference, Chicago, Illinois.
- Walfish, S. et al. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 639–644.
- Wampold, B.E., Brown, G.S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923.
- Ward, T., Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77–94. Dostępny w Internecie: <10.1016/j.avb.2005.06.001>.
- Ward, T., Mann, R.E., Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87–107. Dostępny w Internecie: <10.1016/j.avb.2006.03.004>.
- Ward, T., Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the Risk Assessment Paradigm*. London, UK: Routledge.
- Ward, T., Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353–360. Dostępny w Internecie: <10.1037/0735-7028.34.4.353>.
- Ward, T., Yates, P.M., Long, C.A. (2006). *The Self-Regulation Model of the Offence and Relapse Process, Volume II: Treatment*. Victoria, BC: Pacific Psychological Assessment Corporation. Dostępny w Internecie: <www.pacific-psych.com>.
- Ward, T., Yates, P.M., Willis, G.M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A critical response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39, 94–110. Dostępny w Internecie: <10.1177/0093854811426085>.
- White, W., Miller, W. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor*, 8(4), 12–30. Dostępny w Internecie: <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2007ConfrontationinAddictionTreatment.pdf> [data dostępu: 6.10.2013].
- Willis, G.M., Yates, P.M. (w druku). Strengths-based theories and sexual offending. W: T. Ward, T. Beech (eds.), *Theories of Sexual Offending*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

- Willis, G.M. et al. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25, 123–142. Dostępny w Internecie: <10.1177/1079063212452618>.
- Yates, P.M., Prescott, D.S. (2011a). *Applying the Good Lives Model to clinical practice: Redefining primary human goods*. Newsletter of the National Organisation for the Treatment of Abusers (NOTA) (<http://www.nota.co.uk/>), 68, December 2011.
- Yates, P.M., Prescott, D.S. (2011b). *Building a better life: A good lives and self-regulation workbook*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Yates, P.M., Prescott, D.S., Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self Regulation Models to Sex Offender Treatment: A Practical Guide for Clinicians*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Yates, P.M., Ward, T. (2008). Good lives, self-regulation, and risk management: An integrated model of sexual offender assessment and treatment. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand: An Interdisciplinary Journal*, 1, 3–20. Tabela 1
- Matryca planu dobrego życia (na podstawie Yates, Prescott, Ward, 2010)

Zastosowanie dialogu motywującego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami

9

RACHEL GREEN

Dialog motywujący (DM) znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach opieki zdrowotnej, związanej zarówno ze zdrowiem psychicznym, jak i fizycznym, a także w terapii uzależnień behawioralnych. Grupy klientów z problemami psychicznymi oraz z uzależnieniami behawioralnymi w znacznym stopniu pokrywają się i w niniejszym opracowaniu zostały łącznie opisane jako „klienci”.

Podjęcie stworzone we wczesnych latach osiemdziesiątych XX wieku przez Williama Millera i Stephena Rollnicka opiera się na psychologii humanistycznej praktykowanej przez Carla Rogersa (Miller, Rollnick, 2014). Miller i Rollnick, pracujący z osobami z problemem alkoholowym, zastanawiali się, dlaczego niektórzy ludzie odnosili sukcesy w terapii lub nie potrzebowali formalnej terapii, by zmienić swoje nawyki związane z piciem, podczas gdy inni porzucali terapię lub przechodzili przez nią tylko po to, by powrócić do wcześniejszych zachowań. W wyniku uważnych obserwacji odkryli, że wielu klientów reagowało najlepiej, jeśli ustalili oni własny plan, wyznaczili własne cele i znaleźli własne rozwiązania.

Jak odnieść to do terapii zaburzeń psychicznych?

Klinicyści twierdzą, że klient, który jest zaangażowany i aktywny podczas terapii, ma największe szanse odnieść sukces w osiąganiu własnych celów (zob. Ng et al., 2012). Problem polega na tym, że wielu klientów nie wie, w jaki sposób zaangażować się we własną terapię. Główną zasadą postępowania przyjętą w opiece zdrowotnej, szczególnie w obszarze zdrowia psychicznego oraz terapii uzależnień, jest raczej „dbanie o” klienta niż wspieranie go w dbaniu o siebie samego. Wiele specjalistów nie stosuje, a nawet nie zna narzędzi aktywizowania klientów znajdujących się w stanie „statycznym”. Mówiąc „statyczny”, mam na myśli to, że dana osoba nie jest aktywna, co może przejawiać się zarówno w kryzysie, jak i w sytuacji, którą określamy jako normalną. Specjaliści wiele wiedzą na temat bardziej aktywnych stanów i mają wiele narzędzi oddziaływania, ale niewiele w odniesieniu do klientów, którzy „utknęli”. Często ludzie wychodzą z tego stanu na skutek szczęśliwego zbiegu okoliczności, ale czyż nie byłoby cudownie, gdyby można było pomóc klientom wyjść z tego utknięcia i aktywnie włączyć się we własną terapię, i to w sposób, którego można by uczyć specjalistów? Czas na dialog motywujący (Moyers, Miller, Hendrickson, 2005).

Jak odnieść to do terapii osób z uzależnieniami behawioralnymi?

U wielu klientów z zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja, lęk, schizofrenia występują także uzależnienia od alkoholu, narkotyków, hazardu i inne słabo kontrolowane, autodestrukcyjne zachowania. Jest to tak zwana podwójna diagnoza. Dochodzą do tego wyzwania społeczne, takie jak brak stabilności miejsca zamieszkania (bezdomność lub częste przeprowadzki), bezrobocie lub

niestabilność zatrudnienia, brak stabilności w relacjach, problemy finansowe. Jedna z teorii występowania zjawiska podwójnej diagnozy mówi, że osoba używa substancji czy popada w nałóg, żeby „leczyć” problem psychiczny, nawet jeśli taka terapia polega jedynie na ucieszeniu negatywnych przekonań na własny temat, na przykład wewnętrznego głosu, który mówi klientowi, że on sam lub jego życie nie są nic warte. Klienci uzależnieni behawioralnie pojawiają się zatem regularnie w poradniach zdrowia psychicznego. Nie zawsze jest możliwa ani najbardziej skuteczna terapia jednego zaburzenia bez zajęcia się drugim lub – jak to często bywa – innymi, pozostałymi. Nie zawsze jest nawet jasne, które zachowanie jest przyczyną innego. Specjaliści pracujący z klientami uzależnionymi, a jednocześnie cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych, muszą więc zająć się obydwoma problemami po to, by zaproponować najlepszą i najbardziej skuteczną terapię.

Czym dialog motywujący różni się od psychologii humanistycznej i innych podejść psychoterapeutycznych?

Dialog motywujący charakteryzuje głęboki szacunek, bezwarunkowa uwaga i skoncentrowanie się na osobie klienta w duchu psychologii humanistycznej. Budzenie własnych pragnień, wartości i rozwiązań klienta stanowi integralną część tego podejścia. DM powstał w oparciu o badania i nadal rozwija się dzięki wynikom wielu projektów badawczych, w których go stosowano. Jedną z podstawowych różnic między DM a innymi metodami jest to, że nie tracąc poczucia koncentracji na osobie, terapeuta ukierunkowuje klienta ku wybranemu przez niego celowi i wydobywa od niego sposób osiągnięcia tego celu, oparty na jego własnym doświadczeniu.

Kolejna różnica polega na tym, że w dialogu motywującym kładzie się silny nacisk na język używany przez klienta. Badania psycholingwistyczne przeprowadzone przez Paula Amrheina i współpracowników (2003) sugerują pozytywną korelację między ilością wypowiedzi tzw. języka zmiany generowanego przez klienta a prawdopodobieństwem tego, że rzeczywiście osiągnie on określony cel. „Język zmiany” to każdy dyskurs, który sugeruje przesuwanie się w kierunku celu wybranego przez klienta. Odwołując się to tych samych badań (Moyers et al., 2007), odkryto również, że im więcej klient mówił o utrzymaniu zachowania będącego przedmiotem terapii („język podtrzymania”), tym mniej prawdopodobne było, że osiągnie swój cel. Co więcej, stało się jasne, że terapeuta miał ogromny wpływ na rodzaj dyskursu prowadzonego przez klienta, będącego odpowiedzią na zastosowaną interwencję.

Celem zmiany może być przewyciężenie uzależnienia behawioralnego lub coś innego, nawet sposób myślenia (wyobraż sobie lęk i depresję jako nawyki myślenia). Jeśli zatem terapeuta nauczy się wywoływać pragnienia klienta i możliwy sposób osiągnięcia proponowanej zmiany, a może nawet „język zmiany”, unikając jednocześnie wywoływania „języka podtrzymania”, wówczas może wzrosnąć prawdopodobieństwo podjęcia przez klienta działań prowadzących do docelowej zmiany. Nie jest to jedynie sztuczka. Ta interakcja, jeśli zachodzi bez empatii i prawdziwej chęci zrozumienia klienta, może zaowocować niezgodą* z klientem i jego większym oporem przed zmianą (oraz

* Niezгода, inaczej rozdzźwięk (ang. *discord*) to – zgodnie z twórcami DM – wszelkie sygnały świadczące o zakłóceniach w relacji terapeutycznej. We wcześniejszych opisach dialogu motywującego zakłócenia te zaliczane były do oporu, którego pojęcie zostało obecnie zastąpione właśnie niezgodą (objawy „oporu” w relacji) oraz „językiem podtrzymania” (objawy „oporu” wobec zmiany) [przyp. red. nauk.].

nasileniem „języka podtrzymania”). Niezgoda, gdy klient reaguje złością lub w inny negatywny sposób, który wydaje się „odpychać” terapeutę, również jest bardzo wrażliwa na interwencję terapeuty.

Źródło niezgody można zazwyczaj powiązać z niepokojem klienta dotyczącym tego, czy terapeuta jest w stanie go zrozumieć, lub jego własnym niepokojem dotyczącym możliwości kontrolowania terapii. Sposób, w jaki terapeuta decyduje się zareagować, może wywołać lub usunąć niezgodę.

Terapeuta musi mieć wyostrzoną uwagę na to, co mówi klient, i – co jeszcze ważniejsze – jakie jest znaczenie tego, co klient mówi. Musi pozostawać uważny na pojawiające się możliwości pogłębienia zaangażowania klienta w cel zmiany. Jeśli specjalista reaguje w sposób defensywny lub wchodzi w spór, prawdopodobnie zwiększy to niezgodę; jeśli jednak pozostaje uważny i na to, co mówi klient, i na to, jakie to ma znaczenie, wówczas ma szansę ograniczyć niezgodę. Używając odzwierciedleń złożonych i innych wymienionych niżej narzędzi DM, by przyjrzeć się ambiwalencji klienta i by go „odblokować”, zwiększa szansę zrealizowania docelowej zmiany.

Narzędzia – nie chodzi o „co”, ale o „jak”

Narzędzia używane w DM nie są nowością dla większości dobrze wyszkolonych terapeutów: pytania otwarte, odzwierciedlenia, dowartościowania i podsumowania są stosowane w różnych podejściach. Tym, co stanowi różnicę pomiędzy DM a innymi metodami, jest to, jak i kiedy korzysta się z tych narzędzi. Gdy terapeuci uczący się DM poznają te narzędzia, początkowo wydają im się bardzo znajome, jako że większość z nich takimi rzeczywiście jest. Jednak w miarę kolejnych sesji praktycznych większość terapeutów zaczyna uświadamiać sobie, że zadają znacznie więcej pytań niż odzwierciedlają wypowiedzi swoich klientów, i że

odzwierciedlenia, których używają, to najczęściej odzwierciedlenia proste, które nie posuwają rozmowy naprzód. O ile większość terapeutów jest uczona odzwierciedleń prostych (powtarzanie lub parafrazowanie wypowiedzi klienta), o tyle stosowania odzwierciedleń złożonych w celu sprawdzenia znaczenia wypowiedzi klienta nie uczy się tak często. Rozwój DM zwiększył świadomość istnienia wielu rodzajów tych bardziej pogłębionych odzwierciedleń dostępnych terapeutom oraz tego, jak różni się ich wpływ na klienta od zadawania pytań, szczególnie tych zamkniętych, które nie zapraszają do dalszej rozmowy.

Wyzwania stojące dziś przed praktykami dialogu motywującego

Wyzwania stojące przed terapeutami DM pracującymi w obszarze zdrowia psychicznego należą do dwóch kategorii: (1) szkolenie specjalistów oraz (2) instytucjonalizacja systemu ochrony zdrowia psychicznego i terapii uzależnień behawioralnych, a także radzenia sobie z klientami. Jak wspomniano wyżej, specjaliści są – generalnie rzecz biorąc – dobrze wyszkoleni do udzielania pomocy w ostrych fazach (kryzys i działanie), ale w niewielkim stopniu zostali przygotowani do fazy „statycznej” czy „utknięcia”, w której klient – czy to mający problem ze zdrowiem psychicznym, czy z uzależnieniem, jest często sparaliżowany przez ambiwalencję. Terapeuta może również mieć przekonanie, że klient jest „zbyt kruchy” lub „zbyt uzależniony”, by podjąć dobrą decyzję lub prowadzić trudną rozmowę. Próbuje więc przekonać go, co powinien zrobić.

Kolejne wyzwanie rodzi instytucjonalizacja systemu ochrony zdrowia psychicznego. Podczas gdy instytucji łatwiej jest zajmować się biernymi klientami i poradzić sobie z ich codzienną egzystencją, wspieranie bierności nie sprzyja pomaganiu klientowi w odbudowaniu jego autonomii.

Każdy ustrukturalizowany kwestionariusz złożony z pytań zamkniętych niesie ryzyko utraty jakiejś miary aktywacji. Każda wprowadzona/narzucona zasada to kolejne ryzyko utraty autonomii. Nie chcę przez to powiedzieć, że DM popiera ośrodki niemające żadnych zasad, ale raczej, że tym, co ginie w dążeniu do radzenia sobie z klientami, jest zazwyczaj owo aktywne podejmowanie decyzji, które każdy terapeuta chciałby widzieć u swojego klienta. Szczególnie odnosi się to do klientów z problemami psychicznymi.

Oto przykład rozmowy pomiędzy klientką ze schizofrenią, uzależnioną od kokainy, która nie chce brać leków, a jej terapeutą:

Terapeuta: Słuchaj, nie przyjmujesz leków i bierzesz kokainę, dlatego wylądowałaś w szpitalu.

Klientka: No tak, po prostu nienawidzę tego, jak się po tym czuję. Czuję się senna i oglupiała. I jestem przekonana, że to szkodzi mojemu zdrowiu. Kokaina pomaga mi w walce z sennością.

Terapeuta: Ale twój lekarz powiedział ci, że musisz przyjmować te leki i trzymać się z daleka od kokainy po to, żebyś nie znalazła się w szpitalu, żebyś mogła zachować opiekę nad dziećmi. Jeśli nie będziesz brała leków, stracisz dzieci. **MUSISZ** je przyjmować! I **MUSISZ** rzucić kokainę!

Klientka (podniesionym głosem): Nie bierzesz tego, prawda? Jak byś się czuł, gdybyś nie mógł jasno myśleć, kiedy dzieci krzyczą, a ty nie możesz zmusić swojego mózgu do pracy? Nie masz pojęcia, jak to jest, kiedy ci wszyscy ludzie mówią mi, co mam robić! To lekarstwo mnie ZATRUWA! A kokaina czasem naprawdę pomaga! *(Ten rodzaj reakcji nazywa się „niezgoda” i wskazuje on na to, że klientka spostrzega brak zrozumienia między nią a terapeutą lub systemem opieki).*

A oto rozmowa w duchu DM:

Terapeuta: Wygląda na to, że nie bierzesz leków, używasz kokainy i to sprawiło, że wylądowałeś w szpitalu. O co w tym chodzi? *(Pytanie otwarte)*.

Klientka: No tak! Te leki zabijają mój mózg, jestem śpiąca i nie radzę sobie z moimi dziećmi, kiedy jestem w takim stanie. Ale oczywiście wy nie możecie nawet tego zrozumieć. Wszystko, czego chcecie, to mówić mi, co mam robić *(podnosi głos)*. A to lekarstwo mnie ZATRUWA. Dzięki kokainie jestem przytomna, rozumiem, czego potrzebują ode mnie moje dzieci. *(To zaczyna brzmieć jak niezgoda pomiędzy klientką i terapeutą)*.

Terapeuta: Masz poczucie, że my tu w szpitalu nie potrafimy zrozumieć, przez co przechodzisz. Chcesz być dobrą matką dla swoich dzieci, a leki bardzo to utrudniają. Martwisz się, że to cię zatruwa. I czujesz, że kokaina faktycznie pomaga ci sobie radzić. *(Podsumowanie z zastosowaniem odzwierciedleń złożonych, które odnoszą się do możliwego poczucia, że terapeuta może nie rozumieć lub nie mieć empatii dla klientki)*.

Klientka: Tak! A ja nie mam tu nic do gadania. *(Klientka zaczyna się zgadzać)*.

Terapeuta: Czujesz się, jakbyś nie miała kontroli, ponieważ lekarstwo, które twoi lekarze ci zalecają sprawia, że czujesz się okropnie i chociaż nie powinnaś używać kokainy do przeciwdziałania efektom ubocznym, to jednak bardzo ważne jest dla ciebie, by zachować opiekę nad dziećmi i być dla nich dobrą matką. *(Odzwierciedlenie złożone, dwustronne i odniesienie się do potrzeby klientki posiadania kontroli nad swoimi decyzjami i życiem)*. Jesteś między młotem a kowadłem. *(Odzwierciedlenie złożone, metafora)*.

Klientka: Tak, chcę być dobrą matką i nie chcę znów stracić moich dzieci. Byłam tak przygnębiona ostatnim razem, kiedy to się stało! Ciężko pracowałam, żeby je odzyskać,

a teraz to znów się powtarza. (*Uzyskujemy większą zgodność oraz trochę informacji na temat systemu wartości klientki*).

Terapeuta: To po prostu nie wydaje ci się w porządku. Próbujesz robić wszystko dobrze, a to tym razem nie wychodzi. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: Nie. I wiem, że kokaina nie jest dobra, po prostu...

Terapeuta: Jak sądzisz, w jaki sposób mógłbym ci pomóc? (*Pytanie wywołujące, pokazujące współpracę*).

Klientka: Czy możesz skłonić moją lekarkę, żeby mi zmieniła lek?

Terapeuta: Chciałabyś zmienić lek, może zobaczyć, czy jest coś, po czym nie czujesz się tak okropnie i to pomogłoby ci odstawić kokainę. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: TAK! Myślisz, że mógłbyś mi pomóc wytłumaczyć to mojej lekarce?

Terapeuta: Nie jesteś pewna, czy możesz przekonująco przedstawić swoją sytuację twojej lekarce, a jest dla ciebie bardzo ważne, żeby ona to zrozumiała. (*Odzwierciedlenie złożone, dwustronne*). Prawdopodobnie mogę ci w tym pomóc. (*Przekazanie informacji*).

Klientka: Strasznie się denerwuję, kiedy jestem koło niej. Czuję się, jakby mnie oceniała i wtedy nie potrafię powiedzieć, o co mi chodzi.

Terapeuta: A ty nie lubisz być oceniana. (*Odzwierciedlenie złożone*). Czy mogę się z tobą podzielić czymś, co powiedzieli mi niektórzy inni moi klienci? (*Pytanie o zgodę na przekazanie informacji*).

Klientka: Jasne.

Terapeuta: Dla niektórych z nich pomocne było odegranie scenki. I przeprowadzenie najpierw rozmowy ze mną, żeby po prostu przeciwzyć to, co chcą powiedzieć. (*Przekazywanie informacji*). Jestem pewien, że potrafisz to dobrze wytłumaczyć swojej lekarce. (*Dowartościowanie w duchu DM*). A jeśli czujesz, że moja obecność

sprawiłaby, że czułabyś większe wsparcie, to na pewno moge pójść z tobą na spotkanie z nią. (*Przekazywanie informacji*). Czy chciałabyś tego spróbować? (*Zgodne z DM, pytanie o zgodę*).

W tej rozmowie możecie poczuć, jak złość, irytacja i frustracja klientki zmniejszają się, gdy terapeuta uznaje jej uczucia, nie naciskając na realizację innego planu niż plan klientki. W miarę rozwoju rozmowy terapeuta usiłuje zrozumieć dyskomfort klientki związany z przyjmowaniem leków i wydobywa od niej rozwiązanie do zastosowania. Wydaje się nawet pojawiać pewne otwarcie na to, by nie brać kokainy. Terapeuta wspiera decyzję klientki, oferując konkretny sposób na to, by osiągnąć to, czego ona chce: przygotować ją do rozmowy z lekarką na temat możliwości zmiany leków.

Co zatem trzeba zrobić?

Instytucja, która zastanawia się nad wprowadzeniem DM jako przyjętego podejścia, skorzysta na tym, ograniczając ustanowione wcześniej procedury i oddziaływania, które hamują autonomię klienta, i podejmie działania na rzecz rozwijania tam, gdzie to możliwe, procedur zachęcających klientów do aktywności. Wyszukanie zespołu w poszukiwaniu bezpiecznych sposobów zwiększania autonomii klienta (zapraszanie do dokonywania wyboru tam, gdzie to możliwe, wydobywanie od klienta jego własnej wiedzy na temat sytuacji, w której się znalazł, praca z jego mocnymi stronami zamiast koncentrowania się na jego słabościach) prowadzi do zmiany kultury „kierowania” klientem i pozostawia znacznie więcej przestrzeni na to, by to on sam kierował sobą. Jest również ważne, aby ośrodki zainteresowane stosowaniem DM jako podstawowego sposobu pracy ich zespołów wspierały wymóg ciągłego rozwoju (superwizja z użyciem nagrań, oferowanie w miarę potrzeb zaawansowanych szkoleń, włączanie i ewaluacja DM w procesie zatrudniania itd.).

W jaki sposób DM może być przydatny w terapii klientów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami?

Jedną z trudności w pracy z klientami zaburzonymi psychicznie i/lub uzależnionymi jest współdziałanie i przestrzeganie zasad w ramach terapii, niezależnie od tego, czy jest to terapia farmakologiczna, oparta na rozmowie, czy też łącząca elementy obu. Jeśli klient jest pasywny, ma mniejsze szanse na poprawę, a większe na to, by wykorzystywać czas terapeuty, łóżko szpitalne itd. oraz by pozostać w poczuciu utknięcia, które wielu ludzi czyni nieszczęśliwymi. Tradycyjne podejście związane z przekazywaniem informacji, a następnie zwiększaniem nacisku na to, by coś zostało zrobione z tą informacją, przybierające często formę przekonywania klienta do zrobienia tego, czego chce dla niego terapeuta, nie wydaje się przynosić zbyt dobrych efektów, zwłaszcza w tej grupie klientów, którzy „utknęli”. Niekoniecznie dzieje się tak dlatego, że pomysły terapeuty są złe; często jest tak, ponieważ klient nie jest jeszcze gotowy na to, by przyjąć jakiegokolwiek pomysły i prawdopodobnie nadal niegotowy, by generować własne.

Na tym etapie bardziej produktywna może być rozmowa na temat wartości, pragnień, percepcji i przekonań klienta, na temat jego sukcesów w przeszłości oraz tego, jak on proponuje postępować. Podczas takiej, prowadzonej z otwartym umysłem eksploracji terapeuta może po prostu odkryć, że klient jest w stanie stworzyć własne rozwiązania i przełożyć je na działanie. Jeśli tak się nie dzieje, terapeuta może poprosić o zgodę na podzielenie się rozwiązaniami, które sprawdziły się u innych klientów w podobnej sytuacji i zapytać, czy niektóre z tych sugestii wydają się bardziej interesujące niż inne, angażując w ten sposób klienta w wybieranie rozwiązania.

Niezależnie więc od tego, czy celem zmiany jest pomóc klientowi znaleźć odpowiednią terapię czy zaangażować się w nią, zakończyć lub ograniczyć przyjmowanie określonej substancji, zaniechać lub unikać zachowania nałogowego, czy też wspierać sposób, w jaki klient chce dokonywać wyborów dotyczących miejsca zamieszkania, opieki zdrowotnej lub stawić czoło jakimkolwiek innemu wyzwaniu, rozmowa w duchu DM może być kluczem otwierającym drzwi do lepszych dla klienta rozwiązań dotyczących zdrowia psychicznego.

Stosowanie DM może również pomóc w utrzymaniu zaangażowania klienta już po rozpoczęciu terapii lub w przywróceniu tego zaangażowania wówczas, gdy motywacja słabnie. Skontaktowanie klienta z jego wartościami i marzeniami o życiu, które chce prowadzić, może uczynić trudne wybory łatwiejszymi i bardziej zrównoważonymi.

Wiemy, że motywacja każdego człowieka jest zmienna – czasem jest silna, a innym razem słabnie i staje się bardziej podatna na rozproszenie. Kolejna rozmowa w duchu DM może być pomocna w ponownym zaangażowaniu klienta w dbanie o własne zdrowie wówczas, gdy jego motywacja do kontynuowania wybranej terapii lub ścieżki zmiany wątleje. W badaniu nad lękiem uogólnionym (GAD) (Westra, Arkowitz, Dozois, 2009) sesje DM oferowane przed rozpoczęciem terapii poznawczo-behawioralnej miały korzystny wpływ na poziom lęku badanych oraz na wykonywanie przez nich pracy domowej.

Wiemy, że w układzie terapeutycznym opartym na TPB czasami klient jest bardzo zaangażowany na początku, ale gdzieś w połowie procesu przestaje odrabiać prace domowe, bez czego terapia ma mniejsze szanse powodzenia. Wtedy terapeuta może odbyć z klientem rozmowę na temat tego, dlaczego klient chce dokonać zmiany. Mogło to już być zrobione wcześniej, ale jeśli klient traci te powody

z pola widzenia w obliczu prawdziwych wyzwań związanych z wprowadzaniem zmiany, pomocne może być ponowne odbycie takiej rozmowy. Terapeuta może zapytać, jakie korzyści dotąd odniósł z terapii i/lub jakie są korzyści wprowadzenia zmiany oraz w jaki sposób ta zmiana łączy się z wartościami klienta i jego przekonaniami na temat siebie i własnego życia.

Przyjrzyjmy się tej rozmowie, w której klientka depresyjna uczestnicząca w programie TPB, aby zmienić swoje nawyki związane z hazardem, nie odrabia pracy domowej:

Terapeutka: Znowu nie odrobiłaś pracy domowej. Wiesz, że ci się nie poprawi, jeśli nie będziesz robiła prac domowych.

Klientka: Wiem, ale moje dzieci po prostu mnie wykańczają! Nie radzą sobie w szkole i potrzebują cały czas mojej pomocy. I jeszcze do tego te obowiązki domowe i wszystkie inne rzeczy do zrobienia. Jestem zmęczona! Idę pograć w pokera tylko po to, żeby zrobić sobie przerwę.

Terapeutka: Musisz postawić siebie na pierwszym miejscu. Naprawdę musisz odrabiać prace domowe, żeby ci się polepszyło.

A teraz rozmowa w duchu DM:

Terapeutka: Wychodzisz z uzależnienia od pokera, ale ostatnio zauważyłam, że w zeszłym tygodniu nie odrobiłaś swoich zadań domowych z terapii poznawczo-behawioralnej, chociaż wcześniej bardzo dobrze je wykonywałaś. (*Przekazywanie informacji i dowartościowanie zgodne z DM*). Co sprawiło, że ostatnio trudno ci się tym zająć? (*Pytanie otwarte*).

Klientka: Jestem po prostu ostatnio tak strasznie zajęta. Moje dzieciaki nie radzą sobie w szkole i muszę mieć je przez cały czas na oku tylko po to, żeby odrobiły lekcje. I tak naprawdę nie jestem pewna, czy to wszystko działa. Przynajmniej trochę gry w pokera sprawia, że mogę się odrobinę odprężyć.

Terapeutka: Jest ci trudno znaleźć czas na odrobienie pracy domowej z TPB, ponieważ twoje dzieci potrzebują w tej chwili twojej uwagi i jest ci trudno ustalić to jako priorytet, zwłaszcza że nie jesteś pewna, czy to ci w ogóle pomaga. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: Dokładnie tak. Pod koniec dnia jestem po prostu tak zmęczona, że nie mam energii, aby zabrać się za pracę domową.

Terapeutka: Bardzo trudno jest to zrobić, kiedy jest się zmęczoną pod koniec dnia. (*Odzwierciedlenie proste*). Powiedz mi, jakie dostrzegasz zmiany – jeśli w ogóle takie są – które spowodowała terapia poznawczo-behawioralna. (*Pytanie otwarte*).

Klientka: Kiedy uda mi się odrobić pracę domową, naprawdę zastanawiam się nad tym, co robię, gdy idę zagrać w pokera i często zauważam prawidłowości, które wcześniej nie były takie jasne. Czasami nawet mogę się skłonić do tego, żeby nie iść grać.

Terapeutka: Możesz czasami zobaczyć różne rzeczy jaśniej poprzez ćwiczenia, które w przeszłości zrobiłaś i umożliwiło ci to zmienienie w pewnym stopniu twojego zachowania związanego z graniem. Wyobrażam sobie, że zmiany, których dokonujesz, poprawiają twoją sytuację. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: No tak, rzeczywiście tak jest. Na przykład potrafiłam zobaczyć, że kiedy zaczynam myśleć o tym, co wydarzyło się w przeszłości, naprawdę siebie obwiniam i czuję się źle, zaczynam się stresować pieniędzmi i tym, że nie mam ich wystarczająco dużo. Przy jednym z ćwiczeń, które robiłam jakiś czas temu, zobaczyłam, że istnieje wzorzec, który sprawia, że czuję się coraz gorzej. Teraz czasem dostrzegam to, że jestem dla siebie surowa i próbuję korygować tę percepcję w sposób, o którym rozmawialiśmy. To sprawia, że nie chcę grać w pokera i dzięki temu mogę czuć się bardziej dumna z siebie.

Terapeutka: A więc możesz zobaczyć jakieś korzyści z ćwiczeń wtedy, kiedy je wykonujesz. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klientka: Tak, po prostu wieczorem jestem zbyt zmęczona, by je robić.

Terapeutka: A więc jeśli wieczór nie jest dobrą porą, to jak sądzisz, czego mogłabyś spróbować, żeby kontynuować czerpanie korzyści z tych ćwiczeń? (*Pytanie otwarte*).

Klientka: No, tak naprawdę to one nie zajmują tak dużo czasu. Może uda mi się je zrobić podczas godzinnej przerwy na lunch w pracy.

Terapeutka: Chciałabyś spróbować zrobić je w pracy podczas swojej godzinnej przerwy lunchowej. (*Odzwierciedlenie złożone, które wzmacnia język zmiany klientki*) Co, jeśli w ogóle, musiałabyś zrobić, żeby to się stało? (*Pytanie otwarte, wywołujące rozwiązanie ze strony klientki*).

Klientka: Muszę po prostu pamiętać, żeby zabrać zeszyt z ćwiczeniami do pracy i zrobić je w czasie, gdy jem kanapkę.

Terapeutka: Wygląda na to, że stworzyłaś plan, który będzie działał w twoim przypadku, to wspaniale! (*Dowartościowanie, w duchu DM*). Jak sobie pomożesz w pamiętaniu o tym, żeby zabrać zeszyt z ćwiczeniami? (*Pytanie otwarte, wywołujące własne rozwiązanie klientki*).

Klientka: Kiedy wrócę dziś do domu, włożę go do pudełka na jedzenie. W ten sposób nie mogę o nim zapomnieć. Na przyszły tydzień będę miała zrobione ćwiczenia.

To przykład, w jaki sposób zaangażowanie klientki zwiększa się podczas tej rozmowy. Klientka nie jest wpędzana w poczucie winy ani wstydu z powodu niewykonania pracy domowej ani grania w pokera. Terapeutka wnosi delikatną ciekawość dotyczącą tego, co dzieje się z klientką, oraz tego, w jaki sposób klientka spostrzega swoją sytuację. W miarę jak klientka bada możliwość wykonania ćwiczeń,

przywołując świeżą pamięć korzyści, które już dzięki nim odniosła, rośnie jej motywacja do tego, by znaleźć sposób na to, by zrobić ich więcej. Klientka ma poczucie kompetencji i zaangażowania we własną zmianę.

Oprócz braku narzędzi do pracy z klientami zaburzonymi psychicznie, którzy „utknęli”, występują również inne problemy. Klienci ci mogą być uzależnieni od alkoholu lub nadużywać substancji psychoaktywnych, cierpieć z powodu uzależnienia behawioralnego, stosować przemoc domową albo być jej ofiarami, być bezdomnymi, mieć problemy finansowe i prawne wynikające z naruszenia prawa lub hazardu/zakupoholizmu, problemy małżeńskie lub związane z opieką nad dziećmi. Z kolei ludzie uzależnieni behawioralnie często cierpią z powodu innych dolegliwości natury psychologicznej. W takiej sytuacji nie jest jasne, co jest tu przyczyną, a co skutkiem. Czasami osoby te ujawniają jeden lub drugi z tych problemów, ale nie są jeszcze gotowe, by mówić o kolejnych.

Specjaliści od zdrowia psychicznego często czują się przytłoczeni wielością problemów, z którymi stykają się ich klienci, z kolei specjaliści od uzależnień behawioralnych również mogą doświadczyć uczucia przytłoczenia albo utraty gruntu pod nogami. Klient może znajdować się w różnych stadiach problemu, z którym przychodzi, na przykład może dopiero zaczynać mieć kłopoty prawne lub finansowe albo znajdować się w punkcie, w którym jest to już uzależnienie, a wtedy sytuacja staje się bardzo poważna. Dobrze i we właściwym momencie przeprowadzona rozmowa w duchu DM może przynieść ulgę w niektórych z tych problemów, bez straszenia klienta.

Wyobraźmy sobie następujący dialog pomiędzy klientem w depresji, który gra za dużo na komputerze, a jego terapeutą:

Klient: Nie jestem w stanie utrzymać pracy. Za każdym razem, kiedy dostaję pracę, zwalniają mnie.

Terapeuta: Prawdopodobnie dzieje się tak dlatego, że za dużo grasz i albo się spóźniasz (jeśli w ogóle się pojawiaasz), albo nie jesteś w stanie właściwie wykonywać swojej pracy, ponieważ albo jesteś zmęczony, albo myślisz o graniu. Jak możesz oczekiwać, że ktokolwiek będzie chciał cię zatrudnić?

Klient: Nie gram więcej niż moi znajomi. To nie moja wina, że moja szefowa jest naprawdę wstrętą! Jest taka sama jak wszyscy inni, czepia się mnie i sprawia, że jestem totalnie zdenerwowany. Sam byś za dużo pił, gdybyś musiał dla niej pracować. Nie masz pojęcia o mojej sytuacji. *(Niezgoda)*.

Porównaj to z rozmową w duchu DM:

Klient: Nie jestem w stanie utrzymać pracy. Za każdym razem, kiedy dostaję pracę, zwalniają mnie.

Terapeuta: Borykasz się z tym, by utrzymać się w pracy. *(Odzwierciedlenie proste)*. Co się dzieje, co mówi do ciebie twój pracodawca? *(Pytanie otwarte)*.

Klient: No, ona mi mówi, że nie można na mnie liczyć, bo czasem nie pojawiaam się w pracy albo spóźniam się, a czasem – kiedy już się pojawię – nie pracuję zbyt dobrze.

Terapeuta: Wygląda na to, że to cię męczy. *(Odzwierciedlenie złożone)*. Co sprawia, że nie przychodzisz do pracy lub nie pracujesz dobrze? *(Pytanie otwarte wydobywające powody, które widzi klient)*.

Klient: Kiedy gram poprzedniego wieczoru, to potem trudno mi iść do pracy – boli mnie głowa i chce mi się spać. I czuję taki duży lęk, gdy tylko pomyślę o pójściu do pracy. Nie mogę w tym stanie stawić czoła moim klientom. Albo kiedy już dotrę do pracy, jestem wybuchowy i nieuprzejmy dla klientów. Moja szefowa tego nie lubi i zawsze mnie krytykuje.

Terapeuta: A to nie jest to, jaki chcesz być, zły na klientów i zmuszony do szukania kolejnej pracy gdybyś tę stracił. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klient: Nie, normalnie jestem naprawdę uprzejmą osobą. To jest dla mnie bardzo ważne. I nawet nie jest tak, że nie lubię swojej pracy. Po prostu czasami tracę cierpliwość... (*Zostają wywołane wartości klienta*).

Terapeuta: A więc ważne jest dla ciebie bycie uprzejmym wobec innych. (*Odzwierciedlenie proste*). Tak naprawdę lubisz swoją pracę, ale czasem coś idzie trochę źle. (*Odzwierciedlenie złożone, kładące nacisk na to, że klient lubi swoją pracę*). Co według ciebie wydaje się być największym problemem w utrzymaniu przez ciebie pracy? (*Pytanie otwarte*).

Klient: Moja szefowa jest prawdziwym utrapieniem, krytykuje wszystko, co robię; sprawia, że jestem totalnie zdeenerwowany i wtedy więcej rzeczy robię źle.

Terapeuta: Mówisz więc, że nie miałbyś problemu z utrzymaniem pracy, gdybyś miał miłszego szefa. (*Odzwierciedlenie złożone, wzmocnione*).

Klient: No, chyba to tak nie do końca jest jej wina. Ja jestem wybuchowy przy ludziach, jeśli poprzedniego wieczoru dużo grałem. (*Otwarcie dotyczące związku między jego zachowaniem w pracy a efektami grania*).

Terapeuta: A więc myślisz, że twój sposób bycia w kontakcie z klientami może wywoływać więcej krytyki ze strony twojej szefowej i że granie poprzedniego wieczoru może mieć z tym coś wspólnego. (*Odzwierciedlenie złożone*).

Klient: Tak, chyba tak.

Terapeuta: Opowiedz więcej o tym, co daje ci granie, jakie korzyści ci przynosi? (*Pytanie otwarte wywołujące powody, dla których klient gra*).

Klient: Odpręża mnie i wycisza moją głowę. Sprawia, że nie martwię się o różne rzeczy i nie czuję się tak przygnębio-

ny. Nie przychodzą mi do głowy żadne inne dobre rzeczy. *(Pokazuje pewne wątpliwości dotyczące korzyści z grania).*

Terapeuta: A ty potrzebujesz tego wyciszenia i odprężenia, bo masz ostatnio dużo na głowie i czujesz się taki zaniepokojony. Ale w jakiś sposób prowadzi to również do kolejnych problemów, jeśli wciąż tracisz pracę z powodu grania. *(Odzwierciedlenie złożone, dwustronne).*

Klient: Tak, nie myślałem wcześniej o tym w ten sposób.

Terapeuta: Gdybyś miał pomyśleć o czymś, co mógłbyś zrobić w związku ze swoim graniem, żeby nie przeszkadzało ci ono w utrzymaniu pracy i pomogło w traktowaniu klientów w taki sposób, w jaki byś chciał, to jaką jedną rzecz mógłbyś chcieć wypróbować, żeby trochę zmienić sytuację? *(Pytanie otwarte, wywołujące własne rozwiązania klienta).*

Od tego momentu nieujawniony wcześniej czynnik przyczyniający się do problemów klienta, który cierpi z powodu depresji, czyli granie, zostaje omówiony w nieoceniający sposób i następuje przesunięcie w kierunku rozwiązania wygenerowanego przez klienta. Nawet jeśli klient nie jest w stanie sformułować strategii, jest bardziej prawdopodobne, że będzie lepiej odbierał sugestie ze strony terapeuty (oczywiście po tym, jak terapeuta uzyska zgodę klienta na zasugerowanie czegoś). W tej rozmowie klient zaczyna brać pewną odpowiedzialność za swoje czyny i staje się partnerem w opiece nad sobą.

Wnioski

Do placówek zdrowia psychicznego i uzależnień (w tym behawioralnych) zgłaszają się osoby z podobnymi problemami. Chociaż bardzo chcą się zmienić i prowadzić lepsze życie, często „utykają” we własnej ambiwalencji. DM okazuje się tu bardzo pomocnym narzędziem. Pozwala bowiem klientom być aktywnymi we własnym procesie

zmiany, zdobyć wiarę we własne zdolności poprawy i uczenia się oraz odejść od swoich uzależnień behawioralnych w kierunku życia, które nie jest utrudniane (a przynajmniej mniej utrudniane) przez zachowania nałogowe. Stosowanie DM pozwala także specjalistom skoncentrować się na tych aspektach swojej pracy, nad którymi mają kontrolę: na ich własnym działaniu i procesie terapii raczej niż wyłącznie na wynikach terapii.

BIBLIOGRAFIA

- Amrhein, P.C. et al. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 862–8.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Moyers, T.B. et al. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, S3, 40S–47S.
- Moyers, T.B., Miller, W.R., Hendrickson, S.M. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 590–598.
- Westra, H.A., Arkowitz, H., Dozois, D.J.A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized control trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106–1117.
- Ng, J.Y.Y. et al. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 325–340.

Zastosowanie dialogu motywującego w pracy grupowej

10

TOM BARTH

Na pracę grupową z klientami uzależnionymi behawioralnie możemy zdecydować się z dwóch powodów. Pierwszy, to kwestie organizacyjne wynikające z analizy kosztów. Drugi wiąże się z celami terapeutycznymi – praca w grupie umożliwia uczestnikom wzajemne uczenie się, co przynosi inne efekty niż te, które możemy osiągnąć w pracy indywidualnej. Jeśli nasze główne zadanie polega na przekazaniu informacji, to bardziej efektywne jest oczywiście zbieranie klientów w grupach. Podobnie postępujemy w przypadku szkoleń lub kursów. Jeśli zaś najistotniejsze są dla nas kwestie terapeutyczne, to oznacza, że ważniejsze jest doświadczenie pracy w grupie niż oszczędności związane z tą formą organizacji terapii. Praca grupowa często poprzedzana jest indywidualnymi rozmowami wstępnymi, spotkania prowadzone są przez dwie osoby, a ponadto odbywają się również indywidualne rozmowy jako uzupełnienie spotkań w grupie lub po nich. Wątpliwe jest więc, czy i na ile ten sposób pracy pozwala na oszczędności. Uzasadnieniem wyboru tej formy terapii są efekty, których nie można osiągnąć w indywidualnych rozmowach.

Praca grupowa jest stosowana w różnych formach pomocy. Zwyczajowo była prowadzona przede wszystkim

w terapii uzależnień, a także w grupach samopomocowych, które były organizowane bez profesjonalnie wykształconych prowadzących. W ostatnich latach pracę w grupach wykorzystuje się do „psychoedukacji”. Przykładowo, osoby doświadczające różnych zaburzeń psychicznych otrzymują rzeczowe informacje na temat trudności, które przeżywają, co pozwala im na uzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem oraz ułatwia zaangażowanie w terapię. Podobnie pracujemy w przypadku uzależnień.

Organizowanie grup psychoedukacyjnych pomaga rozwiązywać bardzo różne problemy. Prowadzone są one zarówno w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, w terapii uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych, w grupach wsparcia dla bliskich, pracy z osobami przewlekłe chorymi czy przebywającymi na długoterminowych zwolnieniach zdrowotnych, w promocji zdrowia itp. Po wielu latach pracy z różnymi grupami mogę wskazać wyraźne korzyści płynące z systematycznej edukacji pacjentów.

Dialog motywujący w pracy z grupą

Dialog motywujący (DM) został zaprojektowany jako indywidualny styl rozmowy. Jeśli stosujemy go do pracy z grupą, co poza wymienionymi wyżej korzyściami pozwala również skutecznie pracować nad motywacją, ważne jest, by sposób prowadzenia rozmów był dostosowany do pracy zespołowej. Badania nad DM w grupach nie są szeroko rozpowszechnione (więcej na ten temat patrz Walters, 2010). Jednak prowadzenie pracy grupowej inspirowanej dialogiem motywującym staje się coraz bardziej popularne w różnych programach terapeutycznych.

W ramach pracy grupowej nad uzależnieniami najbardziej znane są następujące opracowania:

- *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual* [Terapia grupowa w nadużywaniu substancji] (Velasquez et al., 2001).
- *Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs* [Grupy motywujące dla wspólnotowych programów terapii uzależnień] (Ingersoll, Wagner, Gharib, 2000).
- *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press [Terapia grupowa w zaburzeniach związanych ze stosowaniem substancji] (Sobell, Sobell, 2011).

To przykłady programów pracy grupowej, które uwzględniają kwestie psychoedukacji w terapii uzależnień, jednak ich głównym celem jest skupienie się na motywacji uczestników, nie zaś na samym uzależnieniu. Programy te są spójne z założeniami DM i skupione na procesie zmiany. Ponadto Christopher C. Wagner i Karen S. Ingersoll (2012) opublikowali książkę na temat pracy grupowej prowadzonej zgodnej z duchem DM.

Dialog motywujący opiera się na trzech głównych filarach: (1) skupienie się na wartościach (duch DM), (2) określone metody prowadzenia rozmowy (na przykład pytania otwarte, dowartościowania, odzwierciedlenia i podsumowania) i (3) wywoływanie tematu zmiany („język zmiany”). Oparcie się na wartościach w DM oznacza poszanowanie autonomii klienta, empatyczną komunikację i skupienie się na tych doświadczeniach uczestników, które będzie im stosunkowo łatwo omówić w obecności grupy. Taki sposób prowadzenia rozmowy może wzmacniać poczucie bezpieczeństwa i wsparcia w grupie w większym stopniu niż styl pracy, który jest bardziej konfrontujący i pouczający.

Prowadzenie rozmowy, której celem jest wydobywanie i wzmocnienie motywacji do zmiany, nie stanowi problemu

w przypadku pracy w grupie. Rozmowę grupy ukierunkowujemy i pogłębiany w charakterystyczny dla DM sposób.

W pracy z grupą w duchu DM prowadzący wnoszą określony temat, jednak większą uwagę zwracają na informacje płynące od klientów niż na jakiś „plan, który musi być zrealizowany”.

Wykorzystanie DM w różnych rodzajach grup

Grupy psychoedukacyjne

Jedno z możliwych podejść do prowadzenia takiej pracy grupowej zakłada, że wybór treści poruszanych w grupie zależy od wiedzy i doświadczenia osoby prowadzącej. Celem pracy jest „właściwe” przekazanie wiedzy uczestnikom. Takie podejście do pracy w grupie jest dalekie od założeń DM. Jednak wiele grup psychoedukacyjnych zakłada możliwość dyskusji, członkowie grupy proszeni są o zadawanie pytań, dzielenie się refleksjami, porównywanie swoich własnych doświadczeń. Ten styl pracy jest bliższy DM. W im większym stopniu takie elementy dominują w pracy grupy, w tym większym stopniu przypomina ona założenia DM. Jeśli więc osoby prowadzące przedstawiają określone informacje jako punkt wyjścia do dyskusji oraz wydobywają doświadczenia i odczucia członków grupy w miejsce omawiania tego, co jest „poprawne”, będzie to zgodne ze stylem DM.

Grupy doskonalenia określonych umiejętności

Są one wykorzystywane jako okazja do ćwiczenia przez klientów nowych umiejętności, które przydatne są w ich rozwoju lub terapii. Przykładem może być trening umiejętności społecznych. Grupy są wykorzystywane jako miejsce uczenia się i przestrzeń do dyskusji o zdobywanych umiejętnościach. Jeśli nie uwzględnimy motywacji uczestników i nie wzmocnimy jej poziomu, nie będzie to DM. Podobnie, jeśli osoby

prowadzące grupę skupiają się na pouczeniu, kierowaniu, a nie dążą do wydobywania myśli i poglądów uczestników. Podejście DM w pracy grupy wydaje się warte zastosowania, gdy wydobywamy, podsumowujemy i omawiamy doświadczenia i przemyślenia uczestników grupy.

Grupy wsparcia

Są stosowane, kiedy klienci zakończyli terapię. Służą podtrzymaniu osiągniętych efektów. Praca w trakcie takich spotkań w mniejszym stopniu koncentruje się na wydobywaniu i wzmacnianiu tematu zmiany, jednak ważne jest, by nadal wzbudzać i umacniać motywację. Dlatego sposób pracy DM znajduje tu duże zastosowanie.

Grupy skoncentrowane na procesie

To określenie takiego typu pracy grupowej, w którym sam temat spotkań jest mniej ważny od doświadczenia bycia w grupie i uczenia się interakcji z innymi ludźmi. Określa się je również jako terapię grupową. Celem jest zdobycie doświadczenia w przebywaniu z innymi ludźmi i w ten sposób budowanie mocnego poczucia własnej wartości. Często brakuje tu wyraźnego dążenia do wydobywania „języka zmiany”, jednak wartości realizowane w ramach takich spotkań są zgodne z duchem DM. W prowadzeniu takich grup również warto korzystać ze stylu DM.

Grupy motywacyjne

Grupy takie stawiają większy nacisk na pytanie, dlaczego człowiek powinien dokonać zmian, niż na pytanie, jak je powinien wprowadzić. Grupy motywacyjne mogą być prowadzone również z wykorzystywaniem innych metod niż DM, ale DM jest oczywiście adekwatne w tym wypadku.

Trudno wskazać wyraźne granice między wymienionymi wyżej typami grup. Widać jednak, że DM znajduje

zastosowanie w każdym rodzaju pracy grupowej. Może być stosowany w wielu typach grup i jest szczególnie pomocny w przypadku niektórych wyzwań, jakie niesie praca z grupą.

Siła pracy grupowej

To, co dzieje się w ramach pracy grupowej, odbywa się na dwóch różnych „poziomach”: na poziomie zgłaszanych treści i na poziomie procesu zachodzącego między uczestnikami.

Poziom treści to to, o czym grupa mówi. W grupie psychoedukacyjnej chodzi o wiedzę i doświadczenie, które są prezentowane w dyskusji wokół danego zagadnienia. W grupach treningowych stawia się nacisk na uczenie się nowych sposobów radzenia sobie z problemami.

Proces zachodzi pomiędzy uczestnikami grupy a uczuciami i doświadczeniami pojedynczego uczestnika. Jak ludzie się komunikują i jak się zachowują, jak przeżywają. We wszystkich grupach zachodzi określony proces interpersonalny, różnica dotyczy tego, w jakim stopniu osoby prowadzące spotkanie grupowe zwracają uwagę na ten proces i w jakim stopniu dążą do wzmocnienia go. Prowadzenie pracy grupowej, w której skupiamy się na procesie, jest znacznie bardziej skomplikowane ze względu na wielość kwestii, które się pojawiają, i równoległych perspektyw na temat tego, co się dzieje w grupie. Jednocześnie terapia grupowa stwarza wiele możliwości, których brakuje w terapii indywidualnej.

Duża różnorodność

Polega na tym, że grupa umożliwia dostęp do wielu doświadczeń, wielu wyjaśnień i wielu pomysłów. To może ułatwiać modyfikację sztywnych poglądów. Wprowadzenie otwartej dyskusji lub „burzy mózgów” pozwala wydobyć liczne pomysły. To przydatna metoda, jeśli poszukujemy

nowych sposobów na wprowadzenie zmiany lub znalezienie rozwiązań.

Identyfikacja

Będzie łatwiejsza w grupie koleżeńskej niż w grupie prowadzonej przez terapeutę. Uczenie się może przebiegać łatwiej, jeśli uczestnicy uważają się za podobnych do innych i odnajdują się w ich doświadczeniach. To rodzaj pośredniego uczenia się. Jednocześnie mogą pojawiać się obszary, w których wymieniane przeżycia nie będą podobne. Uczenie się przebiega zarówno w procesie odnajdywania podobieństw, jak i różnic między osobami. Dobre grupy terapeutyczne tworzą otoczenie, w którym uczestnicy mogą uczyć się od innych niezależnie od tego, czy ich rozwiązania będą „tymi właściwymi”, ponieważ wszyscy są różni.

Poczucie wspólnoty

Często wiąże się z udzielaniem sobie wsparcia. Proces motywacji polega na podjęciu decyzji, by wykorzystać szansę zrobienia czegoś nowego. Jest to łatwiejsze do wykonania w środowisku wspierających ludzi, którzy dzieląc się swoimi spostrzeżeniami, mogą zauważyć zasoby i nadzieje, których pojedyncze osoby same nie dostrzegają.

Uniwersalność

Polega na spostrzeżeniu, że człowiek nie jest sam, że nie tylko jemu jest ciężko i że nie tylko on ma wątpliwości. Różne tematy poruszane na spotkaniu grupowym mogą mieć wiele wspólnych elementów, co daje poczucie przynależności, zmniejsza poczucie osamotnienia w przeżywanych trudnościach. Ponadto grupa pozwala poczuć, że i ja mogę dać coś innym. Wiele osób czuje się źle w roli przyjmującego pomoc, powoduje to ich przekonanie o własnej słabości. Praca w grupie pozwala poczuć, że człowiek może zarówno

przyjąć pomoc, jak i pomóc innym, co daje tym osobom poczucie równowagi w relacjach.

W sytuacji idealnej praca w grupie pozwala uzyskać dostęp do zasobów swoich rówieśników oraz skorzystać z profesjonalnej pomocy osób, które budzą zaufanie. Jest to wyjątkowe doświadczenie. Ale praca w grupie ujawnia też szczególne dylematy i kontrasty: wyjątkowość i podobieństwo do innych, bycie samotnym i jednocześnie uczestniczenie w zespole, dawanie i branie, łączenie wiedzy ogólnej z profesjonalnym wykształceniem. To połączenie otwiera większy dostęp do zasobów i stwarza więcej możliwości w procesie wprowadzania zmian. Rozwój opisanych powyżej sił odbywa się dzięki bezpośredniej komunikacji między członkami grupy, bez zbyt wielu komentarzy ze strony osób prowadzących. To często wymaga od prowadzących cierpliwości i samokontroli, aby powstrzymać się od wyjawienia wniosków, do których grupa mogłaby dojść sama.

Hasło przewodnie brzmi: „Zaufaj grupie”. Kiedy ty, jako prowadzący terapię grupową, czujesz, że coś powinno być powiedziane, warto, abyś założył, że inne osoby w grupie przeżywają to samo, i należy poczekać, aż one wypowiedzą to na głos.

Tożsamość grupy

Terapia grupowa to więcej niż zebranie razem kilku osób. Uczestników powinno łączyć poczucie, że grupa ma własną dynamikę, kieruje się określonymi normami, poszczególne osoby zachowują się w określony sposób, łączy je sposób reagowania, własne rytuały. To poczucie spójności (ang. *cohesion*) wydaje się być istotne dla skuteczności grupowej terapii uzależnień (Sobell, Sobell, 2011). Osoby prowadzące taką terapię są odpowiedzialne za wywołanie empatycznego nastawienia między członkami grupy. Na podstawie

rozmów indywidualnych prowadzonych metodą DM wiemy, że empatyczne nastawienie ma duże znaczenie dla procesu motywacji. Terapeuci grupowi są odpowiedzialni za pobudzanie podstawowego poczucia empatii wśród uczestników. W rozmowie indywidualnej terapeuta wyraża empatię za pomocą trafnych odzwierciedleń. W pracy grupowej warto, by nie tylko terapeuci posługiwali się tym narzędziem, w przeciwnym wypadku zdominują pracę grupy.

Poczucie tożsamości grupowej ułatwia stworzenie atmosfery wspierającej rozwój motywacji. Osoby prowadzące terapię grupową mogą stymulować i budować poczucie tożsamości grupowej, a swoim postępowaniem modelują empatyczny styl prowadzenia rozmowy. Mogą to robić za pomocą podsumowań opisujących działania w grupie.

Zamiast powiedzieć:

- „Piotr mocno wierzy w możliwość zmiany, czuje, że podjął ostateczną decyzję, natomiast Paweł waha się, ponieważ już w przeszłości podejmował podobne kroki i wielokrotnie powracał do problemowego zachowania”.

Można wprowadzić podsumowanie dotyczące całej grupy:

- „Jako grupa różnicie się stopniem optymizmu w odniesieniu do przyszłości, zgłaszacie nadzieję i wiarę, że wam się uda, ale też macie wątpliwości wynikające z możliwości nawrotu”.

Umiejętności terapeutów prowadzących grupy

Christopher Wagner i Karen Ingersoll (2012) podkreślają, że osoby prowadzące terapię grupową kształtują i ukierunkowują pracę grupy. Proponują, aby prowadząc terapię grupową, zwracać uwagę na następujące kryteria:

- **Pogłębianie** – zależy od tego, czy rozmowa ma bardziej powierzchowny i ogólny czy osobisty charakter. Warto zwracać uwagę na to, jak wywoływane są informacje o emocjach, jakie emocje pojawiają się i z jaką siłą. Reagowanie na emocje wymaga dużej umiejętności i doświadczenia od prowadzących, tak aby potrafili wzmocnić lub osłabić emocje, zgodnie z potrzebami i zasobami grupy. Terapeuci muszą wykazać się dużą uważnością, aby uchronić uczestników terapii przed ujawnieniem przeżyć, które mogłoby być dla nich raniące lub prowadzić do załamania. Ważne jest dla skutecznej pracy w grupie, aby prowadzący potrafili jednocześnie zaangażować uczestników w pracę, przy dużej uważności na głębokość wyrażanych przez nich emocji.
- **Kierunek** – jak wiele miejsca przeznaczyć na omówienie danego zdarzenia, pomysłu lub problemu. Na czym warto się skupić i do jakiego stopnia ograniczać zakres rozmowy, a na ile pozwolić, by uczestnicy odnaleźli pewne skojarzenia w szerszym kontekście. Grupy motywujące najczęściej pracują w mocno ukierunkowany sposób, skupiając się na motywacji i zmianie. Znacznie mniej czasu poświęcane jest w tym wypadku rozmowie o historii danego problemu, jego źródłach, a także innych obszarach życia człowieka. Jednak taki styl pracy w przypadku, gdy potrzebne jest udzielenie wsparcia, może okazać się niewystarczający.
- **Tempo** – dotyczy tego, jak szybko można spróbować zbliżyć się do celu lub wyciągnięcia wniosków. Jak wyśrodkować między aktywnym poszukiwaniem nowych rozwiązań a krokiem w tył i pozostawieniem tyle czasu do namysłu, ile jest potrzebne. W jakim tempie prowadzić grupę: stale do przodu czy powolnie, ciągle dowartościowując?

Adaptacja zasad i technik DM

W rozmowie indywidualnej terapeuta skupia się na tym, by wydobyć i wzmocnić wypowiedzi klienta. Jednak gdybyśmy próbowali przenieść ten styl do pracy z grupą, uzyskamy efekt licznych minirozmów przed publicznością. Jedna osoba naraz znajduje się w orbicie uwagi i uczestniczy w krótkiej wymianie zdań z prowadzącym. Uczestnicy grupy, którzy nie są zaangażowani w rozmowę, w naturalny sposób, powodowani szacunkiem, wycofują się, aby nie przeszkadzać rozmawiającym. Taki sposób prowadzenia rozmowy w grupie może być przydatny, jednak prowadzi do utraty pewnych unikalnych dla pracy grupowej zasobów.

Jeżeli prowadzący grupę jest bardziej powściągliwy, stworzy to uczestnikom okazję do skomentowania swoich wzajemnych wypowiedzi i w ten sposób rozwinięcia nowego rozumienia omawianej sytuacji. Następnie prowadzący grupę może zaproponować podsumowanie i warto, aby odnosiło się ono do całej grupy, jak w przykładzie podanym na s. 227. Warto, aby odzwierciedlenia stosowane przez prowadzących również odnosiły się raczej do całej grupy, a nie tylko do ostatniej wymiany zdań. Wymaga to od prowadzącego terapię złożonych odzwierciedleń. Wyjątkiem może być odzwierciedlanie „języka zmiany”, wtedy prowadzący grupę może odwoływać się do autora konkretnej odpowiedzi, a następnie do całej grupy skierować pytanie otwarte.

„Więc zdecydowałeś się porozmawiać o tym z dziećmi, liczysz, że to wzmocni waszą relację. Co wy o tym myślicie?”

Ważnym narzędziem w pracy grupowej jest kontakt wzrokowy. Jeżeli prowadzący grupę utrzymuje kontakt wzrokowy z uczestnikiem, który mówi, pozostali uczestnicy

łatwo rozpoznają, kogo dotyczy rozmowa i mogą się wtedy trochę wycofać. Jeżeli prowadzący grupę aktywnie przenosi swoje spojrzenie z osoby na osobę, podczas gdy mówi jedna osoba, sygnalizuje to, że rozmowa jest otwarta dla każdego. Aktywne wykorzystanie kontaktu wzrokowego jest trudne, ponieważ osoba, która mówi, może nawet poczuć się odrzucona.

Ambiwalencja

Rozwijanie ambiwalencji jest standardem w wielu rozmowach DM, jest również użyteczne w przypadku pracy z grupą dla osób uzależnionych. W grupach psychoedukacyjnych uczestnicy proszeni są często o indywidualne zastanowienie się nad ważną dla nich kwestią, mogą też zanotować swoje wnioski, następnie omawiają swoje przemyślenia z grupą. W grupie prowadzonej zgodnie z metodą DM taka praca od początku odbywa się na forum grupy, zaś wnioski notowane są na tablicy lub flipcharcie. Prowadzący zachęca każdego z uczestników do podzielenia się swoimi pomysłami, sam zaś pozostaje nieco bierny, co umożliwia członkom zespołu zaangażowanie się w żywą „burzę mózgów”. Jeśli w grupie jest dwóch prowadzących rozmowę, jeden z nich może zająć się notowaniem na flipcharcie; te notatki spełniają prawie taką samą rolę jak odzwierciedlenia w klasycznej rozmowie. Drugi prowadzący może monitorować ten proces i za pomocą pytań otwartych delikatnie ukierunkowywać grupę na znaczące wnioski:

„Jeśli chodzi o odwagę niezbędną do zerwania z nałogiem, jaką wykazał się Karol, to jak to u was przebiegało?”

„Rodzina i przyjaciele są dla ciebie bardzo ważni, dla kogo to również brzmi znajomo?”

Co jakiś czas prowadzący zbierają treści wypowiedzi w postaci podsumowań odnoszących się do pracy całej grupy.

Uczestnicy często zauważają, że kwestie, które dla jednej osoby oznaczają jedną stronę ambiwalencji, dla drugiej osoby mogą wyznaczać jej przeciwny koniec. To jedna z mocnych stron pracy grupowej. Uczestnicy mogą spoglądać z różnych punktów widzenia, dostrzegać zarówno podobieństwa, jak i odmienności i skłaniać się to ku jednej, to ku drugiej stronie, a wszystko to odbywa się w atmosferze otwartości. W ten sposób zyskują doświadczenie różnorodności i akceptacji, co pozwala każdemu uczestnikowi stać się bardziej otwartym i elastycznym odnośnie do własnych przekonań.

Zadanie terapeuty grupowego nie polega na tym, by wskazać „właściwe” rozwiązanie, ale poprzez odzwierciedlenie podkreślić różnorodność możliwych doświadczeń.

Rozwijanie rozbieżności

Praca nad rozwijaniem rozbieżności jest wykorzystywana w niektórych rozmowach DM. Często polega na porównywaniu rzeczywistej sytuacji z celami lub wartościami istotnymi dla danej osoby. Przykładem może być tu zestawienie wysokości długów osoby uzależnionej od hazardu z jej chęcią finansowego zabezpieczenia rodziny lub zestawienie wyników badań zdrowotnych z pragnieniem klientki, by być zdrową i jej stylem dbania o zdrowie. Rozwijanie rozbieżności może sprawiać wrażenie konfrontacji lub wiązać się z nieprzyjemnymi uczuciami. Im większa jest spostrzegana rozbieżność, tym trudniejsze uczucia może wzbudzać.

Informacja o tym, że ćwiczysz o 20 procent mniej intensywnie niż wynosi średnia w twojej grupie wiekowej, może budzić mniejsze emocje niż świadomość, że dieta twojej

rodziny może prowadzić do poważnych chorób u twoich dzieci. Pacjenci przeżywają rozbieżność na różne sposoby.

Celem DM jest pomóc klientowi w dostrzeżeniu rozbieżności na tyle dużej, by wzbudziło to w nim chęć zmiany. Należy oczywiście liczyć się z tym, że dostrzeżenie rozbieżności może budzić takie reakcje jak rozpacz, nienawiść do siebie albo minimalizowanie faktów lub zaprzeczanie im. W pierwszym przypadku człowiek przyjmuje do wiadomości określone informacje, ale czuje się wobec nich bezsilny. W drugim odrzuca informacje, które wskazują na rozbieżność.

Nawet w rozmowach indywidualnych trudno jest równoważyć i regulować siłę rozbieżności tak, aby uniknąć wspomnianych negatywnych skutków. Zadanie to staje się jeszcze trudniejsze w przypadku pracy z grupą. Dzieje się tak, ponieważ wypowiedzi pozostałych uczestników mogą mieć wpływ na siłę rozbieżności, ale również dlatego, że przykre emocje związane z ujawnieniem rozbieżności w przypadku grupy mogą znacznie przybierać na sile.

W jednym z badań (Miller, Rollnick, 2010) grupie studentów, którzy pili alkohol w sposób ryzykowny, zaproponowano udział w grupowej rozmowie prewencyjnej. Studenci otrzymali informację zwrotną o tym, jak ich spożycie alkoholu ma się w stosunku do przeciętnego spożycia wśród studentów. Zakładano, że ta informacja wzbudzi u nich motywację do zmiany zachowania. Procedura ta była wcześniej wykorzystywana przy okazji rozmów indywidualnych i okazywała się skuteczna. Jednak rozmowa przeprowadzona w ten sposób z grupą nie miała żadnego wpływu na zmniejszenie spożycia alkoholu. Wyglądało to tak, jakby uczestnicy odnieśli otrzymaną informację do grupy, w której się znajdowali, a nie do grupy indywidualnych studentów, więc nie doświadczyli rozbieżności.

Pracując z grupą, warto zachować ostrożność, posługując się rozwijaniem rozbieżności. Warto, aby osoby prowadzące grupę raczej ukierunkowywały rozmowę na temat tego, jak poszczególni jej członkowie radzą sobie z rozbieżnościami, niż budowały presję na konfrontację z rozbieżnością doświadczaną przez całą grupę.

Dyskusja o zmianach w grupie

Podobnie jak w rozmowach indywidualnych celem pracy grupowej w duchu DM jest wzmocnienie „języka zmiany”. Jednak w przypadku grupy to nie tylko osoby prowadzące odzwierciedlają ten język. Ważne jest, by zachęcić uczestników do wzajemnego odzwierciedlania swoich wypowiedzi. Prowadzący może również podsumować „język zmiany”, odnosząc go do pracy całej grupy. Ważne jest, by uchwycić jego zróżnicowanie, zależne od poszczególnych uczestników. W ten sposób grupa może po raz kolejny doświadczyć bogactwa różnorodności.

W rozmowach indywidualnych podkreślamy, że „język zmiany” stanowi swoisty most prowadzący do decyzji i działania. Czy możemy zaobserwować podobne zjawisko w pracy grupowej?

Zaletą pracy grupowej jest fakt, że podjęcie zobowiązania na forum wzmacnia decyzję. Jednak wada związana z pracą w grupie wynika z tego, że jeśli ktoś nie zrealizuje decyzji, doświadczane przez niego przykre emocje będą tym silniejsze, im wyraźniejsze było jego zobowiązanie złożone przed grupą. W grupach niepracujących w formule DM jeden z elementów pracy zakłada podjęcie przez uczestników decyzji i zobowiązania na forum grupy (na przykład: „Już nigdy nie będę się objadać”). Podobne pomysły są realizowane w konfrontacyjnie prowadzonej terapii uzależnień (na przykład: „Od tej pory zobowiązuję się do unikania kasyn”).

Inaczej pracują grupy prowadzone metodą DM. Brakuje tu nacisku na publiczną konfrontację lub presji na podjęcie decyzji. Ważniejsze jest stałe budowanie atmosfery, w której wiele różnych postaw i wyobrażeń może występować równolegle. Osobom, które podjęły decyzję o zmianie, proponuje się często kontynuowanie pracy na zasadach indywidualnych.

Rozwój grupy

Grupowa terapia uzależnień prowadzona zgodnie z zasadami DM przebiega często w sposób ukierunkowany i jest ograniczona w czasie. Celem spotkań jest rozmowa o zmianie, której klient jest początkowo niepewny, zaś dzięki pracy grupowej może zbliżyć się do podjęcia decyzji. Ramy pracy grupowej wyznaczają dwa, cztery lub sześć spotkań; to czas na poszukiwanie rozwiązań lub wzmacnianie kierunku wprowadzenia zmiany.

Wagner i Ingersoll (2012) opisują cztery fazy, przez jakie przechodzą grupy pracujące zgodnie z DM. Zadania prowadzących grupę różnią się w poszczególnych fazach. Muszą oni zdecydować, na ile pogłębiać pracę grupy, jaki kierunek jej nadawać oraz w jaki sposób dostosować tempo do pracy grupy:

1. Faza budowania relacji (zaangażowanie) – pierwsze wrażenia członków grupy albo „pierwsze doświadczenie” powinny być tak dobre, jak to możliwe. Ważne, by ustalić normy grupy, styl komunikacji i dobry klimat. Uczestnicy powinni nauczyć się: „w taki sposób będziemy tu rozmawiać”. To etap stopniowego budowania bezpieczeństwa, które pozwoli uczestnikom otwierać się i być ciekawym innych. Proces ten może przebiegać niezauważalnie, w ten sposób grupa tworzy wyjątkowe otoczenie dla jej uczestników.

2. Faza rozpoznawania (rozwijanie perspektyw) – uczestnicy będą odkrywać i rozwijać pomysły własne i innych. Zadanie prowadzących polega na podkreślaniu podobieństw i wyrażaniu akceptacji. Istotne jest uznawanie spostrzeżeń i doświadczeń uczestników jako ważnych. „Łączenie” lub „budowanie mostów” – oto jak można określić działania prowadzących w tej fazie. Warto, by dążyli do zbudowania więzi między uczestnikami poprzez skupianie się na podobieństwach.
3. Faza rozwijania oglądu (poszerzenie perspektyw) – na tym etapie większy nacisk kładzie się na różnice między uczestnikami, podkreślane są wyzwania i uczestnicy zachęceni są do osobistej refleksji. To czas skupienia na osobistych wartościach i wydobyciu rozbieżności.
4. Faza decyzji i działania (przejsie do działania) – w tej fazie praca w dużej mierze skupia się na dążeniu do rozwiązywania problemów. Uczestnicy są zachęceni do podejmowania praktycznych małych kroków w kierunku zmiany. Kierunek pracy grupy coraz bardziej zależy od indywidualnych potrzeb uczestników, wynikających z przebiegu terapii.

Podsumowanie

Grupy DM dla osób z problemem uzależnienia behawioralnego skupiają się na wzmacnianiu motywacji, a nie na treningu umiejętności. Prowadzący grupę jest dostępny dla grupy jako całości i zmierza do tego, aby wydobyć różne poglądy i przekonania. Zachęca, by dyskusja toczyła się między uczestnikami. Metody pracy DM warto zmodyfikować tak, aby unikać serii rozmów indywidualnych, a strategię DM, takie jak rozwiązywanie ambiwalencji i rozwijanie rozbieżności, przeprowadzane były na poziomie grupy. Podobnie jak w przypadku rozmów indywidualnych, za

największą siłę pracy grupowej uznaje się interakcje zachodzące między jej uczestnikami. Chcemy, aby członkowie opuścili spotkanie bardziej zmotywowani i z większą wiarą w siebie, niż je rozpoczęli.

Duch i metody pracy DM wyznaczają kierunek prowadzenia grupy i mogą być zastosowane w różnych rodzajach grup. Dotyczy to zarówno grup psychoedukacyjnych lub skoncentrowanych na zdobywaniu określonych umiejętności, jak i grup bardziej skoncentrowanych na procesie. Można powiedzieć, że praca grupowa zgodna z zasadami DM to spotkanie „pomagacza” (w postaci jednego lub dwóch terapeutów) i „klienta”, który składa się z grupy osób chcących dokonać zmiany. Komunikacja prowadzona jest w ten sposób, by raczej wspierała grupę niż poszczególne osoby.

Prowadzący pracują z grupą jako całością, aby wydobyć różne opinie i przekonania. Zachęcają, by dyskusja przebiegała głównie między uczestnikami. Modyfikują metody pracy DM tak, by uniknąć indywidualnych rozmów, a pracę nad rozwiązywaniem ambiwalencji i rozwijaniem rozbieżności prowadzić na forum całej grupy.

BIBLIOGRAFIA

- Ingersoll, K.S., Wagner, C.C., Gharib, S. (2000). *Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs*. Richmond, VA: Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center, Center for Substance Abuse Treatment (Mid- ATTC/CSAT).
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany* (tłum. A. Pokojka). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B. (2011). *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press.
- Velasquez, M. et al. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: A Stages-of-Change Therapy Manual*. New York: Guilford Press.

- Wagner, C.C., Ingersoll, K. (2012). *Motivational Interviewing in Groups*. New York: Guilford Press.
- Walters, S.T., Ogle, R., Martin, J.E. (2010). Zagrożenia i możliwości wywiadu motywującego prowadzonego w grupie. W: W.R. Miller, S. Rollnick (red.), *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany* (tłum. A. Pokojńska, s. 471–490). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dialog motywujący w Polsce

MAŁGORZATA ADAMCZYK-ZIENTARA
JADWIGA M. JARACZEWSKA

11

Dialog motywujący (DM) jest podejściem skoncentrowanym na kliencie, pomocnym w pracy nad zmianą niekorzystnych zachowań. Pomaga rozwijać i wzmacniać motywację w sposób skuteczny, nawet u pozornie niezmotywowanych osób. Od kilku lat jest obecny w sposób bardziej widoczny w polskiej rzeczywistości.

W efekcie prowadzonych szkoleń i innych form propagowania tego podejścia do pracy nad zmianą coraz więcej osób w Polsce zajmujących się niesieniem szeroko pojętej pomocy wykorzystuje tę metodę w codziennej pracy. Jednak to, aby dialog motywujący stał się metodą nauczaną i stosowaną przez polskich praktyków, wymagało pasji i wysiłku osób zaangażowanych w zaszczepianie tej metody w Polsce i dbałości o jakość jej praktykowania.

Pisząc o propagowaniu DM w Polsce, przywołujemy głównie działalność Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM). Jest ono obecnie jedyną organizacją, która główny nacisk kładzie na trafność używania metody DM i związany z tym proces certyfikacji.

Początki Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej

Jednym z najważniejszych wydarzeń w zakresie rozwoju dialogu motywującego w Polsce było powołanie 9 grudnia

2008 roku Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej. Opisane tu sposoby propagowania DM odnoszą się do pierwszych sześciu lat istnienia PTTM, kiedy jego przewodniczącą była jedna ze współautorek tego tekstu. Towarzystwo zrzesza osoby zainteresowane tą metodą, a w swoich szeregach ma także tak znamienitych członków honorowych, jak profesor William R. Miller, twórca podejścia motywującego, który od początku deklarował swoje wsparcie dla działalności Towarzystwa.

Członkiem honorowym może być osoba fizyczna o wybitnych zasługach dla PTTM i dla szerzenia idei dialogu motywującego. Dotychczas, poza profesorem Williamem Millerem, członkami honorowymi zostali: Andrew Considine (Irlandia), Steve Schack (USA), Melanie Seddon (Walia), Carl Ake Farbring (Szwecja) oraz Tony Bates (Irlandia), a także dwie Polki: Katarzyna Łukowska, wicedyrektor Polskiej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), i Anna Radomska z Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), koordynatorka między innymi projektu *FreD goes net*, w całości opartego o zasady dialogu motywującego.

PTTM powstało z inicjatywy osób chcących rozwijać teorię i praktykę dialogu motywującego w Polsce. Przyjęto założenie, iż istotnym sposobem dotarcia z najnowszą wiedzą na temat możliwości wykorzystania i skuteczności DM do szerszej grupy odbiorców są konferencje naukowe przeznaczone dla osób zainteresowanych z różnych kręgów, na które w charakterze wykładowców zapraszani są specjaliści z Polski i ze świata. W czasie pierwszych sześciu lat działalności PTTM zorganizowało pięć konferencji naukowych, niektóre z nich we współpracy z ośrodkami akademickimi oraz organizacjami zajmującymi się uzależnieniami. Pierwszą była Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w 2010 roku dla osób pracujących w obszarze

uzależnień („Terapia motywująca w uzależnieniach: nowocześniejsza odpowiedź na wyzwania późnej nowoczesności”). PTTM zaprosiło do współpracy Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem prof. Williama Millera. Wywołała ożywioną dyskusję dotyczącą efektywności metod pracy stosowanych w polskich placówkach terapii uzależnień.

W następnym roku PTTM i Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego zorganizowały II Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową „System pomocy dziecku i rodzinie w trudnej sytuacji życiowej. Efektywna pomoc. Motywacja do zmiany”. Poza polskimi praktykami wykładowcami byli goście z zagranicy: prof. Mary C. Dugan z USA i prof. Carl Ake Farbring ze Szwecji. Jednym z efektów konferencji było wydanie dwutomowej publikacji adresowanej do studentów pedagogiki i psychologii, zawierającej między innymi teksty certyfikowanych terapeutów PTTM.

Widząc potrzebę szerzenia formuły dialogu motywującego wśród specjalistów pracujących w instytucjach pomocy społecznej, w roku 2012 Towarzystwo – przy współpracy z Kolegium Pracowników Służb Społecznych w Warszawie – zorganizowało III Konferencję PTTM dotyczącą specyficznego zastosowania DM w pracy socjalnej „Dialog Motywujący jako nowatorska metoda motywowania do zmiany w pracy socjalnej”. Uczestnikami konferencji byli pracownicy socjalni placówek pomocy społecznej: domów pomocy społecznej, ośrodków opiekuńczo-wychowawczych oraz powiatowych centrów pomocy rodzinie. Była to też okazja do promowania pierwszej książki polskich praktyków DM – *Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i teorii*. Autorami poszczególnych rozdziałów są certyfikowani terapeuci motywujący PTTM, skutecznie wykorzystujący metodę DM w bardzo

różnych obszarach pracy, oraz prof. Brad McKenzie z Kanady, opisujący oparte na podejściu motywującym zmiany skutecznie wprowadzane w kanadyjskim systemie pomocy społecznej.

W październiku 2013 roku w Krakowie odbyła się konferencja „Dialog motywujący – metoda skutecznego pomagania” (finansowe i organizacyjne wsparcie udzielone zostało przez PARPA i KBPN). Wykłady i warsztaty na temat zastosowania DM w różnych dziedzinach świadczenia pomocy prowadzili zaproszeni przez PTTM najwybitniejsi specjaliści DM z całego świata. Wśród nich był profesor William Miller, który przedstawił zgodne z duchem dialogu motywującego podejście do koncepcji rozumienia uzależnień i terapii uzależnień. Doceniając potencjał dialogu motywującego, pani Anna Komorowska, małżonka Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, objęła patronat honorowy nad konferencją, zaś swoją obecnością uświetnił konferencję prezydent miasta Krakowa prof. Jacek Majchrowski.

W 2014 roku PTTM zorganizowało V konferencję szkoleniową „Dialog motywujący i jego szerokie zastosowania”, z udziałem amerykańskich ekspertów. Konferencja dotyczyła pracy w obszarze opieki penitencjarnej (motywowanie osób łamiących prawo, w tym sprawców przestępstw na tle seksualnym) oraz pracy z dziećmi i młodzieżą w takich instytucjach, jak szkoły i świetlice socjoterapeutyczne.

Warto również wspomnieć o inicjatywie Zarządu PTTM przy okazji powyższej konferencji. Realizując zadania statutowe, Towarzystwo ustanowiło honorowe wyróżnienia PTTM. Powołano kapitułę nagrody i po raz pierwszy przyznano ją osobom, które swoją postawą realizują założenia DM. Pierwszymi laureatami zostali dr Krystyna Starczewska – dyrektorka zespołu szkół „Bednarska”, Marek Kamiński – znany podróżnik i polarnik, oraz redaktor Michał Olżański. Wyróżnione osoby wprawdzie nie są specjalistami

dialogu motywującego, jednak w swojej działalności publicznej stosują jego idee i wartości.

Regulacje dotyczące działalności PTM

Warunkiem oficjalnej, zgodnej z prawem działalności Towarzystwa było stworzenie i wprowadzenie odpowiednich regulacji, w tym statutu PTM (którego fragment dotyczący celów Towarzystwa zamieszczony jest na s. 245) oraz kodeksu etyki PTM. Obecnie każdy certyfikowany terapeuta motywujący ma obowiązek przestrzegania zasad kodeksu etycznego PTM, który definiuje obowiązki terapeuty motywującego wynikające z rzetelności zawodowej, a także odpowiedzialność, jaką ponosi w swojej pracy – zarówno w odniesieniu do klientów, jak i współpracowników – nie tylko jako osoba pomagająca innym, ale również w obszarze pracy badawczej oraz dydaktycznej i/lub superwizyjnej.

Kolejnym ważnym obszarem działalności Towarzystwa jest dbałość o odpowiednią jakość praktykowania DM. Metoda ta jest łatwa do parodiowania, a w rzeczywistości wymaga dużych umiejętności. W tym celu podjęto prace nad stworzeniem odpowiednich kryteriów dotyczących kształcenia specjalistów w zakresie DM i nadawania przez Towarzystwo certyfikatów osobom dogłębnie znającym teorię i zajmującym się praktykowaniem dialogu motywującego. Powstał regulamin dotyczący zasad certyfikowania terapeutów, który jasno definiuje, kto może ubiegać się o nadanie certyfikatu terapeuty motywującego, jakie wymagania musi spełnić szkolenie przygotowujące do uzyskania tego uprawnienia. Regulamin wyznacza konkretne kroki, jakie trzeba podjąć, aby ubiegać się w Towarzystwie o tytuł certyfikowanego terapeuty motywującego PTM. Co więcej, Towarzystwo uregulowało również sprawę zasad atestacji kursów przygotowujących do uzyskania certyfikatu,

Tabela 1. Fragment Statutu PTTM

Stowarzyszenie o nazwie POLSKIE TOWARZYSTWO TERAPII MOTYWUJĄCEJ, w skrócie PTTM, zwane dalej „Towarzystwem”, jest dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem mającym na celu:

1. Rozwijanie i propagowanie inicjatyw, postaw i działań sprzyjających uznaniu i utrwaleniu teorii i praktyk w zakresie terapii motywującej. Terapię motywującą rozumie się jako takie oddziaływanie terapeutyczne, które wzmacnia w pacjencie jego efektywne zaangażowanie w leczenie i wprowadzanie efektywnych zmian w życiu.
2. Popieranie badań naukowych dotyczących rozwoju teorii, praktyki i dydaktyki terapii motywującej.
3. Udostępnianie i rozpowszechnianie zdobyczy naukowych w zakresie terapii motywującej.
4. Działania na rzecz podnoszenia poziomu naukowego i kwalifikacji zawodowych członków Towarzystwa w zakresie terapii motywującej.
5. Promowanie terapii motywującej dla dobra publicznego.
6. Dbłość o zachowanie treści i tradycji terapii motywującej.
7. Dbłość o rozwój teorii i praktyki terapii motywującej.
8. Wspieranie wymiany doświadczeń i wspólnych działań dotyczących kwestii zawodowych terapeutów terapii motywującej w Polsce i zagranicą.
9. Wspieranie wymiany naukowej z przedstawicielami innych kierunków teoretycznych na płaszczyźnie krajowej i międzynarodowej.
10. Wspieranie i utrzymywanie kontaktów z pokrewnymi stowarzyszeniami, towarzystwami naukowymi i grupami zawodowymi polskimi i zagranicznymi.
11. Tworzenie forum do wymiany doświadczeń, wspólnych działań i badań naukowych dla profesjonalistów szkolących się w konwencji terapii motywującej, terapeutów motywujących i naukowców zajmujących się teorią terapii motywującej.

12. Dbałość o wysokie standardy praktyki zawodowej i etyki terapii motywującej w Polsce.

(za: <http://pttm.org.pl/towarzystwo/statut>)

tworząc odrębny regulamin dotyczący tej kwestii. Są w nim przedstawione szczegółowe zasady prowadzenia takich kursów (wraz z minimalną liczbą godzin dydaktycznych i superwizyjnych oraz wymagań dotyczących kadry i sposobu przeprowadzania końcowej oceny uczestników kursu), jak również obowiązki ośrodka szkolącego i procedura uzyskiwania akredytacji Towarzystwa.

Terminologia i publikacje z zakresu DM

Jak w każdej nowej dziedzinie, także w zakresie dialogu motywującego osoby rozwijające to podejście w Polsce borykały się z problemami terminologicznymi. Stąd między innymi pozostający w nazwie Towarzystwa początkowo stosowany termin „terapia motywująca”, który obecnie – po konsultacjach z prof. Williamem Millerem – zastąpiony został „dialogiem motywującym”. Z uwagi na rozbieżności w stosowanych tłumaczeniach terminu *motivational interviewing* w publikacjach, Zarząd PTTM podjął dyskusję z amerykańskim wydawnictwem Guilford, zajmującym się wydawaniem publikacji dotyczących DM, na temat stosowania w niektórych polskich przekładach błędnego tłumaczenia terminu „wywiad motywujący” i wspólnego promowania terminu „dialog motywujący”. Z tych samych przyczyn – dbałości o ujednolicenie terminologii w zakresie DM – Towarzystwo nawiązało współpracę z Wydawnictwem Uniwersytetu Jagiellońskiego, której owocami są najnowsze przekłady pozycji z zakresu dialogu motywującego (zob. Rosengren, 2013; Miller, Rollnick, 2014; Miller, Forcehimes, Zweben, 2014). Redakcją naukową wymienionych pozycji,

czyli również dbałością o stosowanie odpowiedniej, zgodnej z ustaleniami w środowisku polskich praktyków DM terminologii, miały zaszczyt zajmować się certyfikowane terapeutki motywujące PTTM, autorki niniejszego tekstu. Członkowie PTTM publikują również własne teksty dotyczące zastosowania DM w różnych obszarach pracy nad zmianą, czego przykładem może być pierwsza książka dotycząca DM przygotowana przez polskich autorów – *Dialog motywujący w polskiej praktyce. Wzmacnianie motywacji do zmiany klienta pomocy społecznej* pod redakcją J.M. Jaraczewskiej i I. Krasiejko (2012). Książka ta spotkała się z dużym uznaniem recenzentów i zainteresowaniem czytelników.

Współpraca z PARPA i KBPN

W zakresie szerzenia wiedzy na temat DM oraz szkolenia profesjonalistów z różnych dziedzin, w tym terapeutów uzależnień, PTTM aktywnie współpracuje z różnymi organizacjami, między innymi z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Przykładem aktywnej współpracy jest przygotowanie płyty edukacyjnej ukazującej praktyczne zastosowanie DM w pracy w obszarze uzależnień i przemocy. Płyta, zainicjowana przez Katarzynę Łukowską, wicedyrektorkę PARPA, została wydana przez PARPA pod patronatem PTTM. Autorami wszystkich zawartych w niej scenariuszy ilustrujących sposób prowadzenia dialogu motywującego z trudnym klientem są certyfikowani terapeuci motywujący PTTM.

Szkolenia w stosowaniu DM w terapii uzależnień i innych obszarach pomocy

Szkolenia dotyczące zastosowania DM w różnych dziedzinach, a zwłaszcza w obszarze pomocy osobom z problemami

uzależnienia, okazują się często przełomowe. Do niedawna terapeuci uzależnień w Polsce uczeni byli sposobów przekonywania pacjentów, by podjęli pełną abstynencję. Obecnie coraz powszechniejszy jest pogląd, że takie podejście nie gwarantuje powodzenia terapii. Dialog motywujący, podkreślając autonomię klienta, ułatwia terapeutom wzbudzenie u niego chęci podjęcia zmian prowadzących do wyjścia z uzależnienia oraz skutecznie pomaga w trwałym utrzymywaniu zmian.

Przedstawiciele PTTM biorą czynny udział w krajowych i zagranicznych konferencjach dotyczących tematyki sektora pomocowego, przekazując swoją wiedzę i umiejętności w zakresie DM. We współpracy z PARPA certyfikowani terapeuci motywujący PTTM zorganizowali i przeprowadzili serię szkoleń z zakresu DM dla blisko 300 członków gminnych komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych w pięciu województwach na terenie całego kraju. Z kolei na zaproszenie KBPN członkowie PTTM prowadzili wykłady i warsztaty w cyklu szkoleniowym *FreD goes net*, programie profilaktyki uzależnień od narkotyków skierowanym do ludzi młodych (14–21 lat), opartym całościowo na DM (więcej na <http://www.kbpn.gov.pl/portaal?id=106315>), jak również w ramach przeznaczonego dla osób używających marihuany i/lub haszyszu programie *Candis*, opartym na zasadach DM i terapii poznawczo-behawioralnej (<http://www.candisprogram.pl/>).

Ponieważ do roku 2010 nie było w Polsce osób znających DM dogłębnie i praktykujących te podejście całościowo, inicjatorką popularyzowania DM w Polsce rozpoczęła cykl autorских specjalistycznych szkoleń pod nazwą Studium Dialogu Motywującego, obejmujących zajęcia dydaktyczne i superwizyjne. Ponadto grupa certyfikowanych terapeutów motywujących uczestniczyła w specjalistycznym szkoleniu dotyczącym skali MITI (narzędzie opisane w tekście Denise Ernst i in.).

Przestrzeganie regulacji PTTM i uzyskanie oficjalnej atestacji kursu stanowi gwarancję wysokich standardów szkolenia w zakresie DM. Należy podkreślić, że certyfikat terapeuty motywującego PTTM jest potwierdzeniem nabycia rzeczywistych umiejętności DM. Warto wspomnieć, że DM jest metodą, w której ważne są drobne niuanse w podejściu do klienta, przez co wymaga on od praktyków ciągłego rozwoju i pracy pod okiem superwizorów praktykujących DM.

Popularyzacja DM

Poza wcześniej wspomnianymi obszarami propagowania i rozwijania wiedzy i praktyki DM w Polsce (konferencje, szkolenia, publikacje) certyfikowani terapeuci motywujący PTTM angażują się także w inne przedsięwzięcia.

Od początku istnienia Towarzystwa kontynuowany jest cykl nieodpłatnych spotkań superwizyjnych, adresowanych w szczególności do członków PTTM – osób pracujących z klientami korzystającymi z profesjonalnej pomocy.

Popularyzowanie DM przez certyfikowanych terapeutów motywujących PTTM nie ogranicza się do obszaru Polski. Przewodnicząca PTTM Jadwiga M. Jaraczewska brała między innymi udział w międzynarodowych konferencjach, wygłaszając referaty na temat roli DM w podnoszeniu standardów psychoterapeutycznych w Europie, w tym na konferencjach w Berlinie i Lipsku oraz (dwukrotnie) w Parlamencie Europejskim w Brukseli. Certyfikowani terapeuci motywujący PTTM dzielili się swoimi umiejętnościami, prowadząc szkolenia z zakresu DM między innymi na Litwie czy Ukrainie, czy na konferencji w Maroku.

Członkowie władz PTTM w 2014 roku na prośbę praktyków DM w Ameryce Południowej, chcących stworzyć podobne do PTTM towarzystwo zrzeszające osoby zainteresowane dialogiem motywującym na tamtejszym

kontynencie, wsparli ich w procesie tworzenia stowarzyszenia DM i odpowiednich dla niego regulacji, dzieląc się polskimi doświadczeniami.

Współpraca z MINT

Międzynarodowe Stowarzyszenie Trenerów Dialogu Motywującego (The Motivational Interviewing Network of Trainers, MINT) to organizacja o charakterze *non-profit*, powstała w Stanach Zjednoczonych w 1997 roku z inicjatywy grupy osób szkolonych przez Williama Millera i Stephena Rollnicka. Jej członkowie zrzeszają trenerów dialogu motywującego pochodzących z kilkudziesięciu krajów i posługujących się łącznie ponad 40 językami. Jako że dialog motywujący miał swoje początki w pracy z osobami uzależnionymi, znaczącą grupę członków stanowią specjaliści zajmujący się tą właśnie tematyką (terapią, profilaktyką, badaniami).

Głównym celem MINT jest szerzenie DM na świecie oraz polepszanie jakości szkoleń i efektywności DM w różnych formach pomocy klientom w zmianie ich zachowań. Dbając o przestrzeganie standardów dotyczących praktyki, badań i nauczania dialogu motywującego, MINT wspiera również stały rozwój swoich członków poprzez dzielenie się wiedzą, doświadczeniem praktycznym czy materiałami (o czym świadczy m.in. dynamiczna wymiana doświadczeń pomiędzy członkami MINT, organizowanie corocznych konferencji, tzw. Forum MINT dla członków lub międzynarodowych konferencji otwartych dla osób zainteresowanych dialogiem motywującym).

W swojej filozofii MINT hołduje czterem podstawowym wartościom, jakimi są: jakość, otwartość, szczodrość i szacunek. Aby zostać członkiem MINT, należy odbyć specjalistyczny warsztat o nazwie „Trening dla nowych trenerów” (*Training of New Trainers*, TNT) dotyczący uznanych

metod trenowania praktyków DM. Zgłoszenie się na taki warsztat wymaga zaprezentowania własnych umiejętności prowadzenia dialogu motywującego, ocenianych na podstawie skali MITI. Warsztaty TNT są organizowane w Stanach Zjednoczonych, Europie i innych częściach świata i mogą być prowadzone w innych językach niż angielski. W październiku 2013 roku obok anglojęzycznych warsztatów TNT poprzedzających Forum MINT w Polsce, odbył się w Krakowie także jeden warsztat w języku polskim, w którym uczestniczyło 17 osób. Tym samym liczba polskich członków MINT zwiększyła się do 20 osób. Możemy sobie pogratulować, gdyż wśród krajów postkomunistycznych staliśmy się najbardziej prężnym i najlepiej zorganizowanym ośrodkiem praktykującym dialog motywujący.

Zanim jednak doszło do zorganizowania TNT w Polsce, stopniowo przez lata rozwijana była ścisła współpraca PTTM z MINT. W lutym 2012 roku Towarzystwo skierowało wniosek dotyczący organizacji w Polsce międzynarodowej konferencji o nazwie „MINT Forum 2013”. Z uwagi na to, iż w Forum MINT biorą zwykle udział wybitni specjaliści w dziedzinie DM, a samo wydarzenie jest unikalną okazją do spotkania z autorytetami DM, wiele krajów zabiega o organizację takich konferencji. PTTM stało się laureatem konkursu na organizację tego wydarzenia, co było prestiżowym osiągnięciem i ukoronowaniem dotychczasowej działalności Towarzystwa. Na Forum MINT w Krakowie gościło kilkuset praktyków DM z całego świata. PTTM zaprezentowało się jako sprawnie działająca organizacja, współpracująca z czołowymi przedstawicielami DM na świecie i dbająca o stosowanie wysokich standardów praktykowania DM w Polsce.

Podsumowanie i perspektywy na przyszłość

Podsumowując, pozwolimy sobie zacytować samych autorów dialogu motywującego:

Po trzech dekadach od wprowadzenia tej metody DM jest interwencją kliniczną, która:

- Opiera się na dowodach. Opublikowano ponad 200 randomizowanych badań klinicznych, których ustalenia są zarówno pozytywne, jak i negatywne.
- Jest stosunkowo krótka. DM był najczęściej testowany jako interwencja złożona z 1 do 4 sesji, a nawet jako stosunkowo krótka konsultacja trwająca 15 minut lub mniej.
- Daje się zdefiniować i weryfikować. Opracowano rzetelne i trafne narzędzia do pomiaru jakości prowadzonego DM.
- Ma testowalne mechanizmy działania. Zbadano kilka potencjalnych mediatorów skuteczności rozmów motywujących i niewątpliwie jeszcze inne zostaną określone i przetestowane.
- Może być uogólniana na różne obszary problemowe. Korzystne skutki DM są obserwowane w szerokim zakresie celów zmiany.
- Jest komplementarna w stosunku do innych metod terapeutycznych. DM nie jest wszechstronną metodą leczenia, ale był pomyślany jako narzędzie przeznaczone do szczególnego zadania klinicznego: przewyciężenia ambiwalencji w kierunku zmiany. Jest on komplementarny w stosunku do rozmaitych podejść terapeutycznych.
- Może być przyswojona przez bardzo różnych usługodawców. Wydaje się, że DM mogą się nauczyć usługodawcy o bardzo różnych zawodach i wykształceniu (Miller, Rollnick, 2014, s. 520).

Mając świadomość tych wszystkich wartości, PTTM kładzie duży nacisk na kształcenie specjalistów posługujących się DM i dbałość o poziom ich umiejętności. Prowadzi zintensyfikowane działania wzmacniające wizerunek zewnętrzny dialogu i terapeutów motywujących, dba

o integrację środowiska oraz o wysoką pozycję etyczną terapeutów motywujących (kodeks etyczny jako jedna z pierwszych regulacji PTTM).

W czasach nieustająco toczącej się reformy służby zdrowia i wzrastających wymagań kwalifikacyjnych wobec osób świadczących pomoc w obszarze medycyny i innych dziedzinach pracy z człowiekiem, Towarzystwo za jeden z głównych celów swojej działalności uważa zarówno dostarczanie wykwalifikowanych i biegłych w metodzie specjalistów DM, jak również trenerów jej uczących.

BIBLIOGRAFIA

- Jaraczewska, J.M., Krasiejko, I. (red.) (2012). *Dialog motywujący w polskiej praktyce. Wzmacnianie motywacji do zmiany klienta pomocy społecznej*. Toruń: Wydawnictwo Akapit.
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rosengren, D. (2013). *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Podręcznik praktyka z ćwiczeniami*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej: <www.pttm.org.pl> (statut, kodeks etyczny, zasady akredytacji, listy certyfikowanych terapeutów).
- Strona internetowa Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT): <www.motivationalinterviewing.org>.
- Strona internetowa programu „FreD goes net”: <www.kbpn.gov.pl/portal?id=106315>.
- Strona internetowa programu „Candis”: <www.candisprogram.pl/>.

NOTY O AUTORACH

MAŁGORZATA ADAMCZYK-ZIENTARA – doktor nauk humanistycznych, psycholog, certyfikowana psychoterapeutka i superwizor terapii poznawczo-behawioralnej Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, terapeutka motywująca Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers. Posiada wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu terapii indywidualnej osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Zajmuje się też działalnością dydaktyczno-szkoleniową i naukową. Redaktor naukowy kilku polskich publikacji na temat dialogu motywującego.

STEPHEN R. ANDREW – LCSW (licencjonowany kliniczny pracownik socjalny), dyrektor w Health Education and Training Institute, współzałożyciel Centrum Pomocy dla Mężczyzn Południowego Maine, twórca programów terapeutycznych dla osób uzależnionych oraz z problemami psychicznymi. Był koordynator ds. nadużywania substancji w szkolnictwie i dyrektor wykonawczy w Centrum Terapii i Profilaktyki dla Nieletnich, organizator obozów dla osób dorosłych wychodzących z nałogów. Prowadzi również prywatną praktykę w Portland w Stanie Maine. Od 2003 roku jest członkiem Motivational Interviewing Network of Trainers, prowadzi warsztaty w USA i za granicą. Jest współautorem wydanej w 2012 roku książki *Game Plan: A Man's Guide to Achieving Emotional Fitness for Men*, którą napisał wraz z przyjaciółmi, Davidem Powellem i Alanem Lymem.

JAROSŁAW BANASZAK – terapeuta motywujący PTTM, trener dialogu motywującego, członek Motivational Interviewing Network of Trainers, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikat PARPA). Ukończył studia magisterskie na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i studia podyplomowe na kierunku Profilaktyka uzależnień Uniwersytetu Łódzkiego. Prowadzi terapię osób uzależnionych behawioralnie w Zakładzie Leczenia Uzależnień w Charcicach i Pracowni Motywacji i Zmian w Poznaniu, którą kieruje.

TOM BARTH – psycholog kliniczny, mieszka i pracuje w Bergen w Norwegii. Psychologię ukończył w 1979 roku na Uniwersytecie w Bergen. Od 1980 roku zajmuje się terapią osób uzależnionych. Odgrywa znaczącą rolę w rozwoju dialogu motywującego w Skandynawii i na świecie, jest autorem kilku podręczników z tego zakresu opublikowanych w Skandynawii. Pracuje jako konsultant i supervisor dialogu motywującego.

RIK BES – działacz społeczny. W 1976 roku rozpoczął pracę jako *streetworker* – pedagog uliczny, następnie zainteresował się terapią osób uzależnionych i w 1983 roku podjął działalność na tym polu. Jego zainteresowania koncentrują się na problematyce z pogranicza pomocy społecznej i prawa karnego. Z dialogiem motywującym zetknął się na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Poszukiwał wiedzy i rozwijał swoje umiejętności w tej dziedzinie, co doprowadziło go w 1995 roku do Motivational Interviewing Network of Trainers. Od tamtej pory organizował i prowadził setki szkoleń dla osób reprezentujących różne zawody, kraje i kultury. W 1997 roku wraz z prof. Stephenem Rollnickiem założył Centre for Motivation and Change, którego jest szefem. Propaguje dialog motywujący w Holandii i na świecie. W latach 2002–2008 Rik Bes wchodził w skład zarządu MINT, wspiera tę organizację jako doradca. Uczestniczył jako trener w warsztatach dla nowych trenerów, prowadził warsztaty w Austrii, Południowej Afryce, Stanach Zjednoczonych, a także w Polsce. Ponadto uczestniczył w organizacji Forum MINT w Grecji, Paryżu, Sofii i Amsterdamie.

ANNA DERWICH – psycholog, certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej, terapeutka motywująca Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, superwizor dydaktyk PTTTPB. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers. Pracuje w Akademii Myśli i Emocji w Warszawie, zajmuje się szkoleniem przyszłych psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych, prowadzi własną praktykę.

DENISE ERNST – psycholog, od 20 lat członkini Motivational Interviewing Network of Trainers. Szkoli specjalistów dialogu motywującego w wielu krajach. Jej działalność dydaktyczna adresowana jest do osób wykonujących różne zawody, pracujących w wymiarze sprawiedliwości, w opiece socjalnej i medycznej, zajmujących się problemami uzależnień. Doktorat otrzymała na Uniwersytecie w Nowym Meksyku, pracując pod kierunkiem prof. Williama Millera, a tematem jej pracy badawczej było zastosowanie dialogu motywującego w praktyce klinicznej. Denise Ernst była zaangażowana w wysiłki na rzecz zwiększenia efektywności szkoleń, współpracowała z wieloma autorytetami i opracowała kilka programów nauczania dialogu motywującego na poziomie dla zaawansowanych. Brała udział w rozwoju i doskonaleniu narzędzi dialogu motywującego, takich jak skale MIS i MITI, które pozwalają weryfikować umiejętności specjalistów oraz są istotnym elementem szkoleń.

RACHEL GREEN – doktor psychologii, neuropsycholog. Specjalizuje się w pracy z osobami, które nadużywają substancji psychoaktywnych, stosując metodę dialogu motywującego. Zajmuje się także szkoleniami w dialogu motywującym pracowników ośrodków zdrowia psychicznego w Quebecu i jego okolicach. Prowadzi warsztaty i szkolenia zarówno na poziomie dla początkujących, jak i dla zaawansowanych. Jest superwizorem dialogu motywującego. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers, Association Francophone de Diffusion de l'Entretien i Order of Psychologists of Quebec. Współautorka – wraz z dr Jacques'em Tremblayem – rozdziału *L'Approche motivationnelle* w czwartym wydaniu podręcznika *Psychiatrie clinique: Une approche bio-psycho-sociale*.

JADWIGA M. JARACZEWSKA (IGA) – inicjatorka powstania i wieloletnia prezeska Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, terapeutka motywująca PTTM i trenerka motywacji w ramach Motivational Interviewing Network of Trainers. Autorka pierwszych w Polsce publikacji poświęconych dialogowi motywującemu. Twórczyni autorskiego systemu szkoleń z zakresu DM, tzw. Studium Dialogu Motywującego, prowadzącego do uzyskania certyfikatu terapeuty motywującego PTTM. Psycholog kliniczny, trener biznesu, superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej (PTTPB). Kierownik kursu superwizora dydaktyka PTTPB oraz 4-letniego kursu psychoterapii łączącego terapię poznawczo-behawioralną i dialog motywujący.

BEATA KITA – psycholog, terapeutka rodzinna i terapeutka motywująca Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej, dydaktyk, superwizor w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers.

WILLIAM R. MILLER – według prestiżowego Institute for Scientific Information jest jednym z najczęściej cytowanych naukowców na świecie, posiada tytuł Emeritus Distinguished Professor of Psychology and Psychiatry (wybitnego emerytowanego profesora psychologii i psychiatrii) na Uniwersytecie w Nowym Meksyku. Jest związany z Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. W 1976 roku otrzymał doktorat z psychologii klinicznej na Uniwersytecie w Oregonie. Od tego samego roku wykładał na Uniwersytecie w Nowym Meksyku i prowadził liczne zajęcia między innymi na temat alkoholizmu, psychopatologii i psychologii pozytywnej. Jego podstawowe zainteresowania naukowe to psychologia zmiany. Prowadzone przez niego badania związane są głównie z tematyką terapii zachowań nałogowych, samoregulacji oraz motywacji do zmiany. Szczególnym obszarem jego zainteresowań jest zagadnienie duchowości i psychologii oraz psychologii pastoralnej. William R. Miller wpłynął na zmianę postrzegania przez lekarzy i innych specjalistów

nadużywania substancji psychoaktywnych, ich leczenia i środków, które prowadzą do zmiany szkodliwych zachowań u pacjentów. Na początku swojej kariery wprowadził do pracy z pacjentami nadużywającymi alkoholu metodę krótkich interwencji. Jego metaanaliza badań dotyczących metod terapii osób z problemem alkoholowym pokazuje, że najbardziej skuteczne są aktywne słuchanie i empatyczne reagowanie. Ten styl pracy nazwał *motivational interviewing* – dialog motywujący. Natomiast najmniej efektywne okazały się pasywne metody, takie jak filmy i wykłady, a także podejście konfrontacyjne do klientów. William R. Miller stworzył program treningu samokontroli, który przyniósł sukces wśród osób pijących problemowo. Znaczącym odkryciem w tej serii badań było to, że ludzie pracujący na własną rękę, korzystający z poradnika, uzyskali średnio taki sam rezultat we wprowadzeniu zmian w ich sposobie picia jak pacjenci korzystający z indywidualnych porad ambulatoryjnych.

MAGDALENA POŁĘĆ – psycholog, certyfikowana psychoterapeutka i superwizor terapii poznawczo-behawioralnej, terapeutka motywująca Polskiego Towarzystwa Terapii Motywującej. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers.

DAVID S. PRESCOTT – niezależny licencjonowany kliniczny pracownik socjalny o ponad 25-letnim doświadczeniu zawodowym. Zajmuje się pomocą rodzinom oraz dorosłym i młodzieży wykorzystywanym seksualnie. Jego szczególne zainteresowania dotyczą wzmacniania motywacji do zmiany, zastosowania dialogu motywującego w pracy klinicznej, rozwijania i utrzymywania relacji terapeutycznej. Inne obszary jego zainteresowań to wpływ informacji zwrotnej na zwiększanie postępów leczenia klinicznego, perspektywa neurobiologiczna w leczeniu agresji seksualnej. David Prescott jest członkiem założycielem International Association for the Treatment of Sex Offenders. Należy do Motivational Interviewing Network of Trainers, posiada certyfikat trenera International Center for Clinical Excellence, ogólnooświatowej społeczności praktyków, menedżerów służby zdrowia, nauczycieli i naukowców zajmujących się promowaniem w opiece zdrowotnej świadczeń o najwyższej jakości.

MAGDALENA ROWICKA – doktor nauk humanistycznych, psycholog, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Badaczka zachowań kompulsyjnych i uzależnień behawioralnych, w tym psychologicznych korelatów skłonności do uzależnień i agresji. Autorka publikacji na temat uzależnień behawioralnych, profilaktyki i terapii, współautorka i realizatorka programów szkoleniowych i profilaktycznych.

JACEK WCIÓRKA – profesor doktor habilitowany nauk medycznych, psychiatra z wieloletnim stażem pracy i doświadczeniem w pracy z pacjentami, członek Polskiej Akademii Nauk. Kieruje I Kliniką Psychiatryczną w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Przez wiele lat pełnił funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, był wojewódzkim konsultantem ds. psychiatrii na Mazowszu. Jest promotorem i recenzentem wielu prac doktorskich i habilitacyjnych.



Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej (PTTM) jest organizacją zrzeszającą praktyków i sympatyków dialogu motywującego (DM), której celem jest wierny i stale aktualizowany przekaz tej metody. Członkami PTTM są przedstawiciele zawodów z dziedziny leczenia, psychoterapii, psychologii, edukacji, logopedii, pedagogiki, socjologii, wykorzystujący w swojej pracy klinicznej, naukowej lub dydaktycznej dialog motywujący (DM).

Towarzystwo powstało w roku 2008. Przez twórców DM oraz Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT, Międzynarodowe Stowarzyszenie Trenerów Dialogu Motywującego) zostało uznane za partnera w upowszechnianiu i rozwijaniu metody.

Na oficjalnej stronie Towarzystwa (www.pttm.org.pl) publikowana jest lista terapeutów motywujących PTTM oraz informacje dotyczące szkoleń i praktyki DM.

Kontakt: ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń

Zarząd PTTM: sekretariat@pttm.org.pl

Komisja Naukowo-Dydaktyczna PTTM: knd@pttm.home.pl

